This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Digitized by Google

Digitized by Google

No. .....

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.

Digitized by Google

E. M. B.

Digitized by Google

Dr. Wigglesworth
108 BOYLSTON ST.
BOSTON.

Digitized by Google

Digitized by Google

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

Digitized by Google

Paris. — Impr. PAUL DUPONT, rue Jean-Jacques Rousseau, 41.

Digitized by Google

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

PUBLIÉES

Par le docteur A. DOYON

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

MM. BASSEREAU, BAUMÈS, BAZIN, L. BELHOMME, BERGERON, BOUCHARD, BUMSTEAD, CALVO, CLERC DEVERGIE, DIDAY, DRON, ALFRED FOURNIER, GAILLETON, GARIN, GUBLER, GUÉRARD, GUIBOUT, HARDY, HEBRA, HILLAIRET, ICARD, G. LAGNEAU, LAILLER, LANCEREAUX, LE BRET, H. LEE, L. LEFORT, LIÉGEOIS, AIMÉ MARTIN, MAURIAC, DE MÉRIC, PELIZARRI, PH. RICORD, RODET, ROLLET, SAINT-CYR, DE SEYNES, VENOT, ETC.

TOME TROISIÈME

PARIS

LIBRAIRIE DE G. MASSON

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1870-1871

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
JUNE 1897

1680

CATALOGUED
JUN 12 1897
E. H. B.

Digitized by Google

4204

BOSTON MEDICAL LIBRARY

ANNALES

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

NOTE SUR LA TRICOPTILOSE

AFFECTION DES CHEVEUX NON DÉCRITE

Par M. A. DEVERGIE

Je livre à la publicité une narration succincte d'une maladie des cheveux que je n'ai pas vue décrite dans les traités de dermatologie et vis-à-vis de laquelle, je dois l'avouer, je suis resté impuissant. Je n'en ai observé que deux exemples; le premier il y a six ans, et le second l'année dernière.

Je donne l'observation de la première malade qui est parvenue à se guérir elle-même ; quant au second cas, je l'ai vu chez un jeune médecin de Paris, auquel j'ai donné quelques conseils et qui ne s'est pas présenté chez moi depuis.

Digitized by Google

Commençons par reproduire l'observation de la dame. Je dois cette observation à l'obligeance de M. le Dr Lagneau fils, qui m'avait amené la malade pour recevoir mes conseils.

C'est en 1864, je crois, que j'ai donné des soins à cette dame; et c'est en 1866 que M. Lagneau a bien voulu me remettre la narration ci-jointe :

« Madame X... présente un beau développement des systèmes osseux et musculaire. Grande et pâle, sa figure longue et régulière est généralement triste. Sa poitrine est très-large, cependant longtemps elle a eu de la toux, de l'oppression et des douleurs thoraciques. Quoique la menstruation ait été généralement régulière, une leucorrhée abondante ainsi que l'état général chloro-anémique ont exigé, à plusieurs reprises, non-seulement l'emploi de diverses sortes d'injections, mais aussi l'usage interne de préparations toniques, amères et ferrugineuses.

« A partir de 1858, cette personne, alors âgée d'environ trente ans, commença à être atteinte d'affections cutanées légères, mais multiples.

« Fréquemment, mais passagèrement, de grandes plaques rouges, rappelant plutôt l'érythème que l'urticaire se manifestaient sur le cou et les épaules. L'abstention de lotions savonneuses fortement alcalines, trop souvent employées, suffit pour faire disparaître et prévenir le retour de ces rougeurs.

« Depuis la même époque, des démangeaisons violentes et persistantes, sans rougeur ni papules apparentes, se montrèrent sur tout le corps, principalement sur les épaules, le dos et les cuisses.

« Outre cette affection prurigineuse, de nombreux boutons acnéiformes, rouges à leur base, purulents à leur sommet, quand la malade ne les arrachait pas avant leur complet développement, se manifestèrent successivement et fré-

Digitized by Google

quemment sur les épaules et sur la face, principalement sur le nez et le front.

« Également, dès 1858, en même temps que ces diverses affections cutanées, cette personne, qui lors de son mariage avait des cheveux magnifiques, non-seulement par leur belle couleur noire, mais aussi par leur abondance et leur longueur exceptionnelle, remarqua qu'ils devenaient secs et se brisaient en grand nombre. Le cuir chevelu paraissait sain, il n'était le siége d'aucune lésion apparente. La maladie semblait résider exclusivement dans les cheveux. *Chaque cheveu malade devenait sec et terne; il grossissait en divers points de sa longueur et présentait alors des renflements fusiformes. Au niveau de chacun de ces renflements, deux ou trois petits filaments ne tardaient pas à s'écarter en dirigeant leur extrémité libre, soit en haut, soit en bas; enfin cette dissociation en filaments multiples finissait par amener la rupture du cheveu, qui paraissait s'être tuméfié par suite du développement dans son épaisseur d'un tissu morbide, peut-être parasitaire.*

« Cette maladie parut d'abord atteindre les cheveux de la partie supérieure de la région frontale, puis s'étendit à ceux des régions pariétales, mais ne gagna que fort peu ceux des régions temporales et occipitale. Par suite de cette affection, *les cheveux brisés à des hauteurs inégales, et divisés en nombreux filaments entremêlés, offraient un aspect, non pas seulement crêpé, mais feutré.*

« Tandis que les démangeaisons finirent par céder aux préparations arsenicales, les pustules d'acné résistèrent jusqu'à la fin de l'été dernier à diverses pommades et à plusieurs sortes de lotions adoucissantes ou sulfureuses. Quant à la maladie des cheveux, diverses pommades au calomel, à l'oxyde de zinc, etc., furent inutilement employées pour la combattre. La glycérine parut avoir quel-

Digitized by Google

que avantage en redonnant aux cheveux un peu de souplesse, mais elle ne les guérit nullement.

« Vous savez mieux que moi le traitement que vous avez indiqué à notre malade, qui, sur votre avis, je crois, a fait usage de l'huile de cade.

« Depuis longtemps, *cette dame, presque chaque jour, coupe un à un tout cheveu qui lui paraît devenir malade.* Sous l'influence de ces coupes partielles, incessamment réitérées, et peut-être aussi d'une pommade composée de turbith minéral, de beurre de cacao, d'huile d'amandes douces, etc., l'état de la chevelure s'est considérablement amélioré. Pareillement, les pustules d'acné ont cédé depuis plusieurs mois à un traitement énergique par les purgatifs employés conjointement avec les préparations amères et ferrugineuses.

« Actuellement, l'affection des cheveux persiste encore, mais à un degré très-minime ; l'état général est bien meilleur, l'oppression et la toux ont cessé; le teint, sans être vermeil, est plus coloré ; du tissu adipeux commence à recouvrir les muscles, toujours assez développés, et la tristesse diminue notablement. »

Telle est la narration faite par M. Lagneau, elle dépeint très-bien la maladie.

J'ai dû examiner ces cheveux au microscope, je n'y ai rien trouvé.

Toutefois je n'ai pas voulu me rapporter à mon observation personnelle et j'ai remis à M. Gubler un certain nombre de cheveux pour les soumettre à la même observation.

J'en ai reçu la réponse suivante :

« J'ai constaté après vous, très-honoré confrère, *l'absence de toute vegétation parasitaire* dans les cheveux qui m'ont été remis de votre part.

« J'ai vu aussi la multiplicité des filaments dans lesquels

Digitized by Google

se divisent ces cheveux, coïncidant avec une sécheresse et une friabilité extrême. Les cheveux semblent se séparer graduellement en séries d'éléments cellulaires qui ont contribué d'abord à leur formation, sans toutefois qu'il soit possible de *distinguer* la structure cellulaire primitive.

« A cela, mon cher confrère, se bornent les remarques que j'avais à vous communiquer. »

Il n'y avait donc rien de parasitaire aux yeux de M. Gubler et aux miens. Quant à la peau, elle était saine.

L'état général dont parle M. Lagneau nous a paru résulter en partie de l'influence morale que subissait cette jeune et jolie dame, en présence d'une chevelure altérée profondément, qui avait fait autrefois l'un de ses plus beaux ornements.

En dehors d'une médication, à la fois arsenicale et ferrugineuse, un grand nombre de moyens locaux ont été employés sans succès.

C'est à la persévérance de la malade que l'on doit la guérison. Les cheveux tombaient abondamment sous l'influence du peigne et même de la main; toutefois la maladie s'est peu à peu arrêtée, et la malade a alors pris le soin de couper chaque cheveu *ébarbé* au-dessous de leurs divisions.

Notons que les cheveux n'étaient pas intriqués les uns dans les autres; qu'aucun, si ce n'est au plus fort de la maladie, ne donnait des senteurs plus ou moins fétides; ils étaient devenus très-secs; la peau n'était le siége d'aucune démangeaison.

Chez le second malade que j'ai été à même de voir, il s'agissait d'un jeune médecin dans de bonnes conditions de santé, chez lequel cette affection débutait.

Digitized by Google

Les cheveux *ébarbés* étaient rares chez chacun d'eux; *l'ébarbement* n'avait lieu qu'à un ou deux endroits.

Je fus naturellement frappé de l'analogie de cette maladie avec celle de madame X...., et je me bornai à lui indiquer l'usage d'un traitement général tonique, en même temps que la section générale des cheveux très-court, mais non par l'emploi du rasoir.

J'ignore ce qui est advenu, je n'ai pas revu le malade; je présume qu'il a guéri, car il s'était adressé à moi après avoir vu, je crois, d'autres confrères qui ne lui avaient pas accusé la connaissance d'une maladie analogue.

C'est donc là une affection fort rare, puisque je n'en ai vu que deux exemples durant trente années de pratique, et dont je ne trouve pas d'analogues dans les traités de dermatalogie.

Elle n'a aucun rapport avec la plique; ici la peau est sensible, douloureuse, suintante, les cheveux se tuméfient, s'intriquent les uns dans les autres et suintent une liqueur gluante d'une odeur fétide.

Quel nom donner à cette maladie? Il ne peut guère être dérivé, à défaut de matière connue, que de l'apparence morbide la plus saillante : la dédoublure des cheveux sur la longueur, figurant les barbes d'une plume; car, chose remarquable, si, à l'origine, la partie malade des cheveux semble offrir un léger renflement, il faut dire qu'il est très-peu marqué. M. Lagneau seul le signale, lui qui a suivi la maladie à ses débuts. Pour moi, je n'ai vu que des dédoublures des cheveux dans une longueur de 2, 4, 5 ou 6 centimètres, elles sont plates d'un côté, arrondies de l'autre, et dans lesquelles on aperçoit une portion du canal médullaire des cheveux.

Digitized by Google

En fait de noms, la mode est aux noms dérivés du grec. Dans mon insuffisance j'ai eu recours à mon très-honorable collègue M. Littré, l'helléniste par excellence. Il a eu l'obligence de me proposer le nom de *tricoptilose,* dérivé de θριξ, cheveu et de πτίλωσις, disposition en forme de plume. Je l'emploie avec reconnaissance, dussent mes lecteurs se ranger à mon avis, ou trouver quelque chose de mieux dans le cas contraire.

Digitized by Google

DE L'ALOPÉCIE, DE L'ONYXIS ET DU PÉRIONYXIS

COMME ACCIDENTS DE LA PÉRIODE SECONDAIRE DE LA SYPHILIS

Par le Dr Alfred FOURNIER

Leçon clinique, recueillie et rédigée par M. MICHEL, externe de l'hôpital de Lourcine

---

... Comme annexes aux lésions cutanées de la syphilis secondaire, je dois vous entretenir actuellement, Messieurs, de quelques accidents que détermine la diathèse sur le système pileux et sur les ongles.

La syphilis provoque fréquemment chez la femme, aussi fréquemment, je puis dire, que chez l'homme, la chute des poils du corps, et spécialement celle des cheveux.

L'alopécie crânienne nous occupera tout d'abord. C'est là un accident sur lequel sont généralement répandus dans le public, voire même dans le monde médical, certains préjugés dont il n'est pas sans intérêt de faire justice. C'est là de plus un symptôme des plus communs, qui tourmente beaucoup les malades, et sur lequel vous serez incessamment consultés par vos clients. Vous me permettrez donc d'étudier cette question avec quelques détails.

Premier point : A quelle époque l'alopécie (crânienne ou autre) se manifeste-t-elle dans l'évolution de la diathèse ?

C'est une opinion assez communément accréditée que l'a-

Digitized by Google

opécie constitue un symptôme de vieille vérole, de vérole remontant à de longues années. Voit-on, par exemple, un homme devenir chauve à l'âge de maturité, on ne manque guère d'entendre rattacher cette calvitie à ce qu'on appelle par euphémisme « *les péchés de jeunesse* » ; ce qui médicalement signifierait ceci : que cet homme perdant ses cheveux vers la quarantaine, les perdrait par le fait d'une syphilis contractée dans l'adolescence ou la jeunesse, c'est-à-dire quinze ou vingt ans auparavant. L'alopécie, donc, dans cette interprétation, serait une manifestation *tertiaire*, un stigmate éloigné d'une infection se perdant dans la nuit des temps. Or, Messieurs, rien n'est plus faux ; rien n'est plus contraire à la vérité clinique.

Loin d'être une manifestation tardive, l'alopécie constitue au contraire un accident de vérole *jeune*, de vérole âgée de quelques mois, d'une ou de deux années tout au plus. L'alopécie syphilitique est *essentiellement secondaire*.

C'est en effet, règle presque générale, à la suite des premières poussées secondaires que les cheveux commencent à tomber. C'est le plus habituellement vers le troisième, le quatrième, le cinquième, le sixième mois de la diathèse que l'alopécie se manifeste dans l'évolution naturelle de la maladie. Il est également assez commun de l'observer dans les derniers mois de la première année et dans le cours de la seconde. Au delà de ce terme, elle devient rare, exceptionnelle même, et, si parfois on la voit encore se produire à une époque quelque peu plus reculée, cela presque toujours est dû à l'intervention du traitement spécifique qui l'a rendue plus tardive en même temps aussi que plus légère.

Mais, je vous le répète, passé les premières années de la diathèse, au delà de ce qu'on appelle la période secondaire, l'alopécie syphilitique n'existe plus, ne se rencontre pas.

Digitized by Google

Second point : *Mécanisme* de cette alopécie. — Quelles sont, à la période secondaire, les conditions pathologiques qui préparent, produisent et entretiennent la chute des cheveux?

Les cheveux des syphilitiques tombent de l'une des deux façons suivantes :

1° Ou bien ils tombent à la suite et sous l'influence de syphilides disséminées du cuir chevelu ;

2° Ou bien ils tombent, — et même c'est là le cas de beaucoup le plus fréquent — *sans raison locale*, sans lésion apparente qui en explique la chute.

Premier cas. Il n'est pas rare de trouver, comme explication de l'alopécie, des syphilides disséminées du cuir chevelu, syphilides superficielles, plus ou moins confluentes, plus ou moins étendues comme surface, plus ou moins rebelles comme durée. Quelles qu'elles soient, toutes ces syphilides contribuent à faire tomber les cheveux. Et comment? Suivant toute vraisemblance (car nous n'avons pas sur ce point de notions histologiques bien précises), en altérant, en attaquant le bulbe pileux.

Au nombre de ces lésions du cuir chevelu pouvant déterminer des alopécies partielles, disséminées, et d'une intensité proportionnelle à la confluence des éléments éruptifs, citons plus spécialement : la syphilide *acnéiforme*, très-commune au début même ou dans les premiers temps de la période secondaire, et se caractérisant par de petites croûtelles légèrement saillantes, du diamètre d'une tête d'épingle, et d'une teinte jaunâtre ou brune ; — la syphilide papulo-croûteuse ; la syphilide impétigineuse; — l'ecthyma plat ou superficiel, etc... — Citons aussi une forme de syphilide qui, bien que peu connue, n'en est pas moins assez fréquente, chez la femme particulièrement, la syphilide *pityriasiforme* ou *roséole furfuracée* du cuir chevelu, consistant en des rougeurs éparses, lenticulaires ou diffuses,

Digitized by Google

assez pâles de ton pour échapper à l'examen le plus souvent, et recouvertes d'une desquamation très-fine, presque microscopique, à peine appréciable pour l'observateur non prévenu.

Un heureux hasard me permet de placer sous vos yeux aujourd'hui même un type bien accentué de cette forme de syphilide. Voici une jeune femme affectée de syphilis depuis quelques mois ; entre autres symptômes, elle s'est plainte à nous de perdre les cheveux, et vous constatez qu'en effet sa chevelure est assez éclaircie, en certaines places notamment. Or, examinez avec attention la peau du crâne chez cette femme ; vous la verrez présenter çà et là quelques petites taches à peine rosées, de l'étendue d'une lentille pour la plupart, et semées de squames pulvérulentes, furfuracées, grisâtres. Cette lésion est bien évidente, n'est-ce pas ? Mais convenez que si vous ne l'aviez pas observée de près, si vous ne l'aviez pas cherchée, elle aurait bien pu passer inaperçue de vous. C'est en effet ce qui arrive le plus souvent, à en juger du moins par le peu d'attention que les syphiliographes ont accordée à cette forme de syphilide et par le silence que la plupart d'entre eux gardent à son égard. Cette lésion cependant est une de celles qui contribuent le plus à provoquer la chute des cheveux, à dénuder le crâne par îlots.

Mais il s'en faut que dans tous les cas on rencontre des lésions locales pour légitimer, si je puis ainsi dire, la chute des cheveux. Fort souvent, le plus souvent, les cheveux des syphilitiques tombent sans lésions appréciables ; ou bien, s'il existe quelques-unes de ces lésions, elles sont loin de rendre compte de l'alopécie, car elles expliquent bien pourquoi le cheveu tombe là où elles existent, mais elles n'expliquent en rien pourquoi il tombe là où elles n'existent pas. Et tel est, je vous le répète, le cas le plus habituel.

Digitized by Google

Sur quantité de malades vous constaterez des alopécies plus ou moins intenses, avec quelques boutons syphilitiques épars sur le cuir chevelu, boutons qui ne vous rendront en rien compte de la dépilation générale du crâne. Pourquoi, dans ces conditions, c'est-à-dire en l'absence de lésions appréciables à l'examen le plus attentif, pourquoi le cheveu tombe-t-il ? Nous l'ignorons. On dit vaguement que cette alopécie est un « phénomène constitutionnel », qu'elle dépend « de la modification générale imprimée à l'organisme par le virus syphilitique. » Soit, cela peut bien être. Mais quel est le mécanisme, le processus pathologique par l'intermédiaire duquel cette influence générale arrive à se traduire ? Nous n'en savons rien, et c'est là un désidératum anatomique à combler. Il est très-vraisemblable que la chute du cheveu tient à un trouble de sécrétion ou à une altération de texture du bulbe pilifère ; mais cela n'est que vraisemblable ; cela n'est pas encore scientifiquement démontré.

Venons actuellement à l'étude clinique de l'alopécie.

Le symptôme unique qui la constitue, c'est la chute des cheveux, car aucun phénomène autre ne s'y associe. Le cheveu tombe, et c'est tout. L'alopécie syphilitique, en effet, est absolument indolente, elle ne s'accompagne d'aucun prurit, d'aucune ardeur locale, d'aucune démangeaison.

Comme siége, d'abord, elle offre ceci de remarquable de n'avoir pas de localisation fixe, spéciale ; particularité négative, qui la différencie, comme vous allez le voir, d'autres formes d'alopécie. Ainsi elle se produit à peu près indifféremment sur toutes les régions du crâne, sur le sinciput aussi bien que sur les régions temporales, à la nuque aussi bien que sur les parties antérieures. Toute la tête est son domaine.

Digitized by Google

C'est le propre au contraire de certaines alopécies d'affecter une région spéciale du crâne et de s'y concentrer à l'exclusion de toute autre. La calvitie sénile, par exemple, a pour caractère invariable de se limiter aux parties antérieures du crâne, en respectant les parties latérales ou postérieures. — Rien de semblable dans l'alopécie d'origine syphilitique.

Ajoutons encore ceci : nombre d'alopécies d'origines diverses procèdent avec une véritable régularité symétrique, et déciment le cuir chevelu d'une façon égale d'un côté à l'autre. Tout autre est l'alopécie syphilitique, essentiellement irrégulière et capricieuse, n'observant aucune symétrie, et affectant de la façon la plus inégale les parties homologues du crâne.

Comme forme, l'alopécie syphilitique se présente sous deux aspects dont je vous ai déjà montré de nombreux exemples.

Tantôt elle se borne à éclaircir la chevelure d'une façon à peu près générale. Les cheveux sont alors moins abondants, moins touffus, raréfiés sur toute l'étendue du crâne. Tantôt elle se concentre sur une série de petits îlots disséminés du cuir chevelu, qu'elle décime jusqu'à les dénuder, en respectant (d'une façon relative au moins) les parties avoisinantes.

Une comparaison vous fera bien comprendre ce double mode d'action de la syphilis sur le système pileux.

Soit une forêt régulièrement plantée. Supposez que dans toute l'étendue de cette forêt on abatte un arbre ça et là, suivant un certain ordre; que deviendra la forêt? Elle sera *éclaircie*, moins touffue.—Supposez au contraire que dans cette même forêt on fasse en quelques points de grands abatis d'arbres sur une certaine surface sans toucher aux parties voisines; qu'obtiendra-t-on de la sorte? Des places

Digitized by Google

vides, dégarnies, des *clairières*, au milieu de fourrés intacts.

Eh bien, cette forêt, Messieurs, c'est la chevelure, la chevelure où la syphilis procède tantôt par éclaircies générales et plus ou moins régulières, et tantôt par grands abatis disséminés au hasard au milieu de parties relativement indemnes.

Ces deux formes d'alopécie sont l'une et l'autre très-communes. L'alopécie *en clairière*, toutefois, est celle qu'on observe le plus fréquemment, lorsque la chevelure vient à être fortement éprouvée par la syphilis. C'est la forme des cas quelque peu intenses, si je puis ainsi parler. C'est aussi la forme qui imprime à l'alopécie syphilitique son cachet le plus spécial et le plus accusateur.

Il est assez habituel que ces deux formes coexistent et s'observent associées chez le même sujet. Vous en voyez un exemple sur cette malade, dont la tête affreusement ravagée par la syphilis présente, d'une part, un éclaircissement général de la chevelure, et, d'autre part, de petits îlots disséminés où la peau du crâne apparaît absolument à nu, dépilée, complétement glabre.

L'alopécie syphilitique est plus ou moins intense. Elle comporte quatre degrés :

1° Dans la plupart des cas, dans les cas surtout où la diathèse a été traitée de bonne heure, il ne se produit qu'une chute de cheveux assez légère. Les cheveux tombent pendant un certain temps, mais les malades sont seuls à s'en apercevoir, la dépilation n'étant pas assez accusée pour devenir apparente.

2° Il n'est pas rare toutefois que l'alopécie prenne un plus haut degré d'intensité, et alors elle n'est plus guère susceptible de passer inaperçue aux yeux d'autrui. Les cheveux tombent à profusion et on les dirait tous moins adhé-

Digitized by Google

rents. Les malades en arrivent à ne plus oser se peigner, parce que chaque coup de peigne semble devoir épuiser la chevelure. Le seul passage de la main dans les cheveux suffit à en détacher une douzaine et même davantage.

3° Bien plus rarement l'alopécie s'exagère encore et devient excessive. Tel est le cas de la malade que je vous présentais à l'instant, et dont le crâne est presque dénudé. C'est alors surtout qu'on observe à la fois et l'éclaircissement général de la chevelure et ces clairières disséminées où la peau du crâne apparaît absolument glabre, avec sa coloration blanche.

4° Enfin, et d'une façon tout à fait exceptionnelle, l'alopécie peut arriver à être *totale*, ou presque totale. *Tous* les cheveux tombent, ou il n'en reste qu'un nombre insignifiant. Je n'ai observé ce fait qu'une seule fois, sur une jeune femme dont j'ai conservé l'histoire dans mes notes. Cette malheureuse, à la suite d'une syphilis grave et à manifestations aussi multipliées que possible, perdit littéralement toute sa chevelure; *toute*, j'exagère peut-être, car il lui resta à un jour donné dix-sept cheveux. Dix-sept cheveux bien comptés, tel fut pour un temps le bilan rigoureusement exact de sa chevelure.— J'ai hâte d'ajouter que ce degré extrême de l'alopécie syphilitique est, de l'aveu de tous les auteurs, prodigieusement rare, presque inouï dans les annales de la science.

Ajoutons enfin, comme dernier détail, que la syphilis ne se borne pas toujours à provoquer la chute d'une partie des cheveux. Assez souvent aussi elle imprime à ceux qui restent, à ceux qui ne tombent pas, quelques caractères assez singuliers, qui, peu remarqués chez l'homme, n'échappent pas à la coquetterie des femmes. Les cheveux, sous l'influence de la diathèse, perdent parfois leur *lustre* normal; ils deviennent ternes, secs, comme laineux, semblables à des cheveux morts, à de faux cheveux, si bien, comme l'a

Digitized by Google

très-justement dit M. Diday, « qu'avec de vrais cheveux, les malades ont l'air de porter perruque. » Une de mes clientes se plaignait à moi dernièrement de cet état insolite de sa chevelure : « Je ne sais ce qu'ont mes cheveux, me disait-elle ; ils ne sont plus brillants comme autrefois ; j'ai beau les soigner, les graisser d'huile ou de pommade, ils sont toujours secs, rudes, incultes et comme ternis. »

L'alopécie syphilitique n'est jamais que *temporaire*. Elle se produit pour un temps, pour quelques semaines, plus habituellement pour quelques mois, pour une année au plus. Puis au delà, elle se modère, elle cesse. Même non traitée, elle s'arrête, comme en témoignent nombre de malades qui ne viennent à nous qu'à une époque avancée de la diathèse sans s'être soumis à aucune médication antérieure.

Et qu'advient-il au delà, alors que spontanément ou sous l'influence du traitement spécifique cette alopécie s'est enrayée? Au delà, toujours et invariablement, il advient ceci, que *les cheveux tombés repoussent*, que les surfaces dénudées se regarnissent, et que finalement la chevelure revient à son état normal, à moins bien entendu que des lésions profondes et véritablement ulcéreuses n'aient entamé le cuir chevelu. Mais à cette réserve près, toujours l'alopécie syphilitique se répare, et les malades même les plus rudement éprouvés récupèrent entièrement ou peu s'en faut leur chevelure primitive.

Je vous parlais il y a quelques instants de préjugés répandus dans le monde à propos de l'origine de certaines calvities. En voici un des plus accrédités. Est-il question d'un chauve, il ne manque guère de se produire à son égard ce propos désobligeant : « C'est la vérole qui l'a rendu chauve. » Eh bien, cette médisance est aussi peu médicale

Digitized by Google

que possible. Car, sachez-le bien, *jamais la vérole n'a fait de chauves*. Jamais par son fait, par son fait exclusif, un malade n'est resté chauve. On peut bien, certes, de par la vérole devenir chauve temporairement (encore l'alopécie syphilitique dégénérant en véritable calvitie est-elle excessivement rare, comme nous l'avons dit précédemment); mais on ne reste chauve de par la vérole que pour un temps même assez court, passé lequel les cheveux repoussent et la tête se regarnit intégralement.

Cette repullulation des cheveux à la suite de la dépilation syphilitique, nous en avons sous les yeux ici nombre d'exemples chaque jour. Quantité de nos malades qui avaient perdu leurs cheveux à des degrés divers, qui même étaient devenues presque chauves, reviennent nous trouver pour une raison ou pour une autre avec des chevelures très-fournies, très-abondantes, dont beaucoup de femmes, certes, se contenteraient. Ma malade aux dix-sept cheveux, dont je vous parlais tout à l'heure, a aujourd'hui une chevelure superbe, bien qu'elle n'ait pas toujours suivi son traitement avec une rigueur exemplaire.

Très-fréquemment d'ailleurs nous assistons nous-mêmes à cette poussée réparatrice de la chevelure. Ainsi sur nombre de malades qui restent dans nos salles un certain temps, nous voyons les cheveux, après être tombés, renaître et croître activement comme après une simple tonsure.

Il y a plus, c'est que les cheveux pour repousser n'attendent pas toujours, tant s'en faut, que la diathèse soit atténuée dans son principe ou enrayée dans son évolution. Fort souvent l'alopécie s'arrête et se répare alors même que d'autres accidents spécifiques surgissent ou vont surgir. Force est donc de la considérer, ainsi que tant d'autres manifestations de même nature, comme un accident *transitoire* de syphilis auquel n'est dévolue qu'une cer-

Digitized by Google

taine durée, comme un accident analogue, par exemple, aux syphilides précoces, comme un accident enfin qui, d'essence et forcément est appelé à disparaître et même à se réparer après un certain temps, sans que l'amendement propre qu'il subit engage en rien l'avenir et préjuge rien de l'évolution ultérieure de la diathèse.

De tout cela, pratiquement, il résulte que l'alopécie syphilitique, cette alopécie qui afflige tant les malades, les femmes spécialement, et pour laquelle nombre de vos clientes viendront vous consulter la désolation dans l'âme, de tout cela, dis-je, il résulte que cet accident ne comporte pas de gravité réelle. C'est une lésion essentiellement passagère, insignifiante par elle-même, gênante tout au plus ou compromettante pour un temps, mais qui se répare toujours et ne laisse pas de suites. La syphilis n'est pas au nombre des maladies d'où peuvent dériver des calvities persistantes.

Quant au traitement à opposer à l'accident que nous venons d'étudier, il est des plus simples, comme vous allez le voir.

Tout d'abord il est fort peu de confiance à accorder aux remèdes locaux. Les femmes ne manquent guère, en pareille occurrence, d'avoir recours à toute espèce de pommades, de cosmétiques, de lotions, d'eaux « régénératrices de la chevelure », etc.., tous remèdes infaillibles qui, par extraordinaire, manquent ici leur effet. Elles ne retirent pas, au reste, meilleur profit des prescriptions médicales, de la trop fameuse pommade de Dupuytren, par exemple, des lotions au quinquina ou à la teinture de cantharides, et de cent autres formules analogues d'une égale inefficacité.

Est-il plus de succès à attendre de certaines pratiques

Digitized by Google

d'un usage commun et recommandées par quelques médecins, telles que le rafraîchissement de la chevelure à l'aide des ciseaux et même la rasure? Je ne le crois guère. Bien souvent il m'est arrivé de conseiller à mes malades (hommes) de faire couper leurs cheveux et de les tenir courts pour plusieurs mois; bien souvent aussi j'ai vu des malades, de leur propre inspiration, se faire complétement raser, et jamais il ne m'a semblé que les uns ou les autres retirassent de là quelque avantage appréciable. S'il en est ainsi, nous serions mal venus, je pense, à imposer à une femme le sacrifice de sa chevelure en vue de compensations plus que douteuses, pour ne pas dire illusoires. Aussi ai-je renoncé depuis longtemps, dans cet hôpital, à toute pratique de ce genre. Je me borne à prescrire à mes malades de simples soins d'hygiène; je leur recommande de ne faire usage ni du peigne fin, ni des brosses dures; je leur interdis toute coiffure pouvant exercer quelques tiraillements sur les cheveux; et surtout — car c'est là le point, le seul point essentiel — je les soumets au traitement général anti-diathésique. J'obtiens toujours de la sorte l'atténuation, puis l'arrêt de l'alopécie, avec un peu de temps et avec l'assistance efficace du mercure.

Du *mercure*, ai-je dit. Ah! si je ne parlais pas à des médecins, ce mot soulèverait des tempêtes. Car s'il est une opinion reçue et profondément accréditée près des gens du monde, c'est à coup sûr celle qui attribue aux mercuriaux une action meurtrière sur la chevelure. Nul axiome n'a jamais été mieux accepté du public que celui-ci : le mercure fait tomber les cheveux. Et sachez-le bien, Messieurs, lorsqu'un de vos clients verra sa tête se dégarnir, ce ne sera jamais à sa maladie, à sa syphilis, qu'il rapportera cet accident; toujours il vous en accusera, vous et votre traitement, toujours il le mettra à la charge du mercure. Ce préjugé date de loin. Il est né dès les premiers temps où le

Digitized by Google

mal français fit son apparition dans le monde, comme en témoignent les écrivains du seizième siècle. Énergiquement combattu par les observateurs sérieux de tous les âges, il n'a pas moins survécu, il ne survit pas moins, et longtemps encore la science devra s'acharner contre lui avant de le déraciner de l'esprit des masses.

Et la vérité cependant, l'évidence clinique, c'est que jamais le mercure sagement administré n'a coûté un cheveu à personne; c'est que, loin de faire tomber la chevelure, il la rend à ceux qui l'ont perdue par le fait de la vérole. Que de fois des malades se sont présentés ici, au Midi ou ailleurs, avec la tête affreusement dénudée, sans avoir jamais avalé un atome de mercure! Que de fois aussi ces mêmes malades sont sortis de nos hôpitaux la tête regarnie, après avoir subi un traitement mercuriel! N'importe! Le préjugé subsiste, vivace, éternel, et, comme nous, comme nos prédécesseurs, vous aussi, Messieurs, à votre tour vous aurez à compter avec lui.

Mais concluons, et disons, au point de vue pratique : 1° que l'alopécie syphilitique ne réclame pour guérir aucune médication locale;— 2° que le temps et le traitement général suffisent amplement à faire justice de cette lésion, d'ailleurs essentiellement transitoire.

L'alopécie diathésique ne se limite pas toujours au cuir chevelu. Fort souvent elle s'étend coïncidemment à d'autres parties, telles que les sourcils, le bord des paupières, le mont de Vénus, la région axillaire, etc.

Quelques mots sur ces dépilations de divers siéges.

1° L'*alopécie sourcilière* est assez commune dans le sexe féminin. Je la crois plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

De même que l'alopécie crânienne, elle se présente sous

Digitized by Google

les deux aspects suivants : tantôt le sourcil se raréfie, s'éclaircit d'une façon générale dans toute son étendue ; — tantôt il se dégarnit irrégulièrement par places, par petits îlots, qui, complétement dénudés, rompent la continuité de l'arcade pileuse sourcilière.

Comme pour l'alopécie crânienne, ces deux modes de dépilation sont souvent associés.

L'alopécie sourcilière a ses degrés. Elle est faible, moyenne ou intense. Je l'ai vue *totale* sur plusieurs femmes de mon service. Et, dans ce cas, l'absence absolue de sourcils donnait à la physionomie l'aspect le plus étrange.

2° La chute des *cils* est bien moins fréquente ; on peut même la dire rare, exceptionnelle.

Elle n'est le plus souvent que limitée, partielle, incomplète, sauf en certains cas, où l'on voit des syphilides ulcéreuses ravager tout le bord libre des paupières, comme sur la malade que je vous ai présentée ce matin. Cette femme qui, bien que vieille, est affectée d'une syphilis assez récente, a perdu *tous* les cils par le fait d'une syphilide ulcéreuse, qui borde et entame à chaque œil le contour des deux paupières. Il est même probable que sur elle les cils ne repousseront jamais, car les ulcérations semblent assez creuses pour avoir attaqué et détruit les glandes ciliaires.

3° Pour être moins commune que la dépilation crânienne, l'*alopécie génitale* est cependant assez fréquente. C'est au mont de Vénus qu'on l'observe le plus souvent ; elle est plus rare au niveau des grandes lèvres.

Cette variété d'alopécie n'est pas une des moindres vexations de la vérole pour les femmes, à en juger du moins par l'attention qu'elles apportent à ce petit accident, et par le souci qu'il leur cause.

Digitized by Google

Si la lésion est peu intense, elle peut passer inaperçue; car il existe une grande inégalité d'une femme à l'autre au point de vue du développement pileux des régions génitales. Mais devient-elle plus accusée, elle se trahit tout aussitôt par une dénudation partielle du mont de Vénus et de la face cutanée des grandes lèvres. J'ai vu plusieurs fois cette alopécie dégarnir *entièrement* la vulve et le mont de Vénus, qui se présente alors sous forme d'un relief glabre et blanchâtre.

4° Enfin, en certains cas, les poils des *aisselles* peuvent être affectés. Je ne fais que signaler pour mémoire cette variété d'alopécie, qui est assez rare, et à laquelle d'ailleurs ne se rattache aucun intérêt spécial.

Les alopécies de divers siéges que nous venons de décrire ne se différencient par aucun caractère de l'alopécie crânienne. Comme cette dernière elles appartiennent toutes à la période secondaire de la syphilis; comme elle aussi, elles se produisent tantôt à la suite de lésions locales, tantôt (et c'est là le cas de beaucoup le plus habituel) indépendamment de tous phénomènes locaux appréciables qui rendent compte de la dépilation; comme elle enfin, elles ne sont que transitoires, passagères, et se réparent sous l'influence du temps et de la médication mercurielle.

(*La suite au numéro prochain.*)

Digitized by Google

OBSERVATIONS DE SYPHILIS CONGÉNITALE

Recueillies à l'hospice de l'Antiquaille, service de

M. Gailleton,

Par M. Daniel MOLLIÈRE, interne du service.

Suite et fin.

(Avec une planche.)

Observation IX. — Joséphine B.... entre le 22 décembre 1869 au n° 8 de la crèche. On n'a, sur cette enfant, aucun renseignement. On l'apporte dans un état déplorable. Elle est âgée de huit mois. Facies cachectique, croûtes impétigineuses sur la face. Il y a eu des deux côtés une kératite avec fonte des yeux. Plaques muqueuses vulvaires des mieux caractérisées. Ulcérations autour de la bouche. Morte le 15 janvier 1870.

Il n'y a pas de lésion du côté de l'encéphale et des viscères abdominaux.

En examinant le poumon, on trouve à sa surface une grande cicatrice étoilée à trois branches, déprimée à son centre. Tout le lobe sur lequel elle siége est induré et gagne rapidement le fond de l'eau. Sur une coupe, on y rencontre une quantité assez notable de granulations grisâtres demi-transparentes, identiques, à l'œil nu, à celles du tubercule, puis çà et là de petits foyers puriformes. Foyer caséeux du volume d'un haricot. Du côté opposé, le poumon est extrêmement pâle, on rencontre à sa surface quelques granulations accumulées en petits noyaux, mais la majeure partie de l'organe est saine.

Sur une coupe du poumon on trouve, après macération dans l'alcool : 1° une infiltration d'éléments embryonnaires qui couvrent le stroma des alvéoles et les remplissent complé-

Digitized by Google

tement. En plusieurs points, ces noyaux sont accumulés autour de petits foyers, qui contiennent vers leur centre une substance granuleuse. Les bronches sont, pour la plupart, remplies de substance caséeuse; on voit autour d'elles un très-grand nombre de granulations tuberculeuses.

Je n'ai rien trouvé d'anormal dans les nerfs optiques. Je signalerai un petit noyau caséeux du volume d'un grain de millet entre la sclérotique et la choroïde.

Observation X. — La nommée Clotilde V.... est apportée le 11 avril 1870 au service de la crèche. Elle est âgée de vingt-sept jours; on ne sait rien sur son père, sa mère dit n'avoir jamais eu d'accidents. Elle est extrêmement amaigrie, facies caractéristique, peau plissée, figure de singe. Les membres sont irrégulièrement œdématiés. Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, elle porte une grosse pustule, saillante, de forme arrondie, très-rouge. Œdème rouge et douloureux de la face antérieure de la jambe gauche. Érythème des cuisses et des fesses; ulcérations au niveau des coudes, mains déviées sur le bord cubital. Coryza. Muguet buccal; cyanose de la face, dyspnée. Morte quelques heures après son arrivée.

Autopsie. — Peau. Elle a perdu en grande partie la coloration rouge violacée qu'elle présentait au niveau des points œdématiés pendant la vie; mais, en pratiquant des coupes dans cette région on trouve les téguments et le tissu cellulaires très-durs. Ils laissent suinter une très-grande quantité de sérosité.

Ce liquide est cependant doué d'un certain degré de viscosité. Il est, en plusieurs points, franchement purulent. Ce caractère se retrouve surtout au niveau du bras droit près de l'ulcération du coude; il en est de même à la face dorsale du carpe. Mais lorsqu'on ouvre l'articulation on trouve

Digitized by Google

la synoviale très-injectée et la cavité articulaire gorgée de pus.

Au microscope, on trouve dans le tissu cellulaire des amas énormes d'éléments embryonnaires substitués aux lobules de tissu adipeux. Le derme est injecté, les papilles renferment un nombre considérable de noyaux. Elles sont à nu au niveau des points ulcérés, et l'on voit, dans ces régions, les orifices glandulaires s'ouvrir à la surface du derme. Ces amas d'éléments embryonnaires dont il vient d'être parlé sont disséminés irrégulièrement, et, dans certains points, on n'en voit qu'un petit nombre au milieu de vésicules adipeuses normales.

Il n'y a absolument rien du côté des viscères abdominaux. Le cerveau ne présente pas d'altérations. Il y a un peu de tuméfaction des ganglions inguinaux.

Le poumon est carnifié dans presque toute son étendue et gagne rapidement le fond de l'eau. Sur la coupe, à l'état frais, son tissu est dense, d'une coloration rouge brun assez uniforme; au toucher, on éprouve une sensation mal définie de granulation. Au microscope, on trouve disséminés irrégulièrement des amas de jeunes cellules, les bronches sont oblitérées en beaucoup de points, mais ce qui domine c'est l'effacement des vésicules auxquelles on fait reprendre leur volume assez facilement.

Observation XI. — Le nommé Joseph A..., âgé de douze jours, est apporté le 31 mars à la crèche, et meurt une heure après son entrée. Sa mère ne présente actuellement aucune lésion; elle nie tout antécédent syphilitique, mais le jeune homme qu'elle considère comme le père de son enfant a eu une maladie vénérienne à ce qu'on lui a dit. Il est actuellement en Italie. L'enfant est venu au monde sain, mais, le sixième jour, son corps s'est couvert de plaques rouges; son nez s'est mis à couler; il a vomi le

Digitized by Google

lait qu'on lui a fait boire. Il n'a, du reste, été allaité qu'au biberon.

Autopsie. — Le corps tout entier, moins le cuir chevelu, est couvert de larges plaques rouges au fond desquelles le derme est à nu. Leur étendue varie entre une pièce de un franc, et le diamètre de trois travers de doigts. La lésion a son maximum aux pieds et aux mains : dans ces dernières, la desquamation est complète; il semble qu'elles ont été trempées dans de l'eau bouillante. Sur certains points, cependant, on trouve la lésion à son début. C'est une légère élevure de l'épiderme, régulièrement arrondie, renfermant du liquide, et dont le centre est sain.

Rien du côté des organes abdominaux. Un peu de pâleur des hémisphères cérébraux. Le poumon présente deux ou trois petits noyaux plus durs, d'une coloration rouge sombre.

Au microscope, on y retrouve exactement les mêmes lésions que chez les autres. Amas irréguliers d'éléments embryonnaires siégeant près des bronches. Oblitération de bon nombre de ces dernières par une matière granuleuse renfermant quelques leucocytes plus ou moins déformés. Affaissement des vésicules dans quelques lobules. Dans d'autres régions on les trouve remplis par des produits inflammatoires.

Les autres organes n'ont rien présenté de remarquable à noter. Je signale seulement l'injection intense du derme au niveau des plaques ulcérées; on ne trouve plus trace d'épiderme, et les conduits excréteurs des glandules sudoripares s'ouvrent directement au milieu de l'ulcération. J'ai vu des plaques où ces glandules étaient atrophiées.

Digitized by Google

Observation XII. — Le nommé H..., âgé de quinze mois est amené le 5 février au service de la crèche.

Il serait malade depuis six mois, à ce que disent les personnes qui l'amènent. Il resta jusqu'à l'âge de cinq mois avec ses parents qui le confièrent alors à une première femme pour le sevrer. Il était depuis vingt-sept jours chez cette dernière, lorsque survint une éruption de boutons sur les fesses. La sevreuse refusa de garder l'enfant qui fut remis à une deuxième femme chez laquelle il est resté cinq mois. Il n'a jamais eu d'éruption généralisée.

Actuellement on constate de l'érythème papuleux des fesses, sur une largeur de 10 centimètres environ à chaque fesse; plus près de la rainure, des tubercules muqueux plats qui atteignent, pour quelques-uns, le diamètre d'une pièce de un franc. Éruption de papules rouge cuivré, depuis l'orifice anal jusque vers l'orifice préputial siégeant sur le raphé périnéal. Plaques muqueuses ulcérées des commissures labiales. Un peu de rougeur du pharynx, raucité de la voix; coryza. Les parents nient tout antécédent.

10 mars. Malgré un traitement hydrargyrique régulièrement suivi, une gomme se forme sur la fesse, à laquelle succède une ulcération profonde comprenant toute la peau, à bords taillés à pic, donnant issue à une notable quantité de pus.

Il n'y a pas d'amélioration du côté des plaques muqueuses buccales.

Le 30. Affaissement progressif, amaigrissement, œdème de la face, toux. — Mort le 31 mars.

Autopsie. — Rien du côté des organes abdominaux, rien à l'encéphale. La peau ne présente plus rien à noter, si ce n'est la gomme de la région fessière au niveau de laquelle on trouve un amas considérable d'éléments en-

Digitized by Google

bryonnaires qui sont d'autant plus abondants que l'on se rapproche davantage du centre de l'ulcère, mais qui, à ce niveau-là, nagent dans un milieu très-riche en granulations.

Les ganglions sont assez volumineux, soit dans l'aine, soit dans la chaîne prévertébrale, mais ce sont surtout ceux du médiastin qui sont tuméfiés. Leur diamètre va jusqu'à 3 centimètres; ils présentent de petits points caséeux.

Quant au poumon, en plusieurs points son tissu est induré, surtout au sommet, où il est rempli de substance caséeuse (tubercule infiltré de Laennec). En d'autres, il est hyperhémié. Enfin, sur beaucoup de régions, on trouve des granulations grises qui apparaissent comme des mouchetures blanches sur un fond rouge.

Au microscope, on trouve les petites bronches en grande partie oblitérées par de la substance caséeuse. Elles ont des parois très-épaisses et entourées régulièrement par des éléments jaunes, très-abondants, que l'on trouve du reste en très-grande quantité dans le reste du stroma de l'organe. Dans plusieurs lobules, on trouve les vésicules chargées de corpuscules arrondis, granuleux, ressemblant à des leucocytes; dans d'autres, elles sont simplement affaissées. On constate, en outre, une injection intense des capillaires; les granulations visibles à l'œil nu ont la structure de celles du tubercule. Les masses caséeuses sont entourées par une zone très-épaisse d'éléments embryonnaires.

Observation XIII. — La nommée Rose-Joséphine Ch... est apportée le 2 mars 1870 au n° 8 de la crèche. Elle est âgée de cinquante jours et présente des papules rouges vers les fesses qui, à la vulve, sont des plaques muqueuses. On en retrouve également à la bouche. L'enfant est du

Digitized by Google

reste chétive, a le facies caractéristique. Le père ne donne que peu de renseignements et nie pour lui toute maladie antérieure; il a eu deux enfants qui, aujourd'hui encore, sont bien portants. Quant à la mère, nous savons de source certaine qu'elle ne présente aucune lésion; toutefois, le soin avec lequel le père cache la présence de son enfant dans cet hospice et ses allures lorsqu'on l'interroge, permettent de le considérer comme la source de la syphilis de cet enfant. (Liqueur de Van Swieten.) Les lésions se guérirent assez rapidement. Vers le 15 avril, apparut une gomme du volume d'une noisette située derrière l'oreille. Suppuration. 20 et 30 avril, de nouvelles gommes se forment, mais exclusivement sur le cuir chevelu. Cachexie, amaigrissement. — Morte le 6 mai 1870.

Autopsie. — Je passe sous silence les gommes de la peau sur la nature desquelles il n'y avait pas de doutes possibles. Tous les organes abdominaux sont normaux à l'œil nu. Quant au poumon, vers la partie postérieure du lobe droit moyen, il présenta un point un peu plus dur, congestionné, d'une couleur rouge foncée par rapport au reste de l'organe. En ces points, on trouve au microscope les vésicules remplies de cellules plus ou moins altérées et de globules sanguins ; les éléments embryonnaires sont très-abondants. La lésion est cependant beaucoup moins marquée que sur les autres.

Observation XIV. — Antoine G... entre le 10 mai dans le service de la crèche; il est âgé de deux mois et demi; il meurt le 17 mai 1870, dix jours après son entrée. C'est un enfant qui est envoyé de l'hospice de la Charité. On n'a pas de renseignements sur lui. Papules cuivrées sur les membres inférieurs, sur les fesses. Coryza, deux ou trois croûtes impétigineuses sur le menton et les lèvres; sébor-

Digitized by Google

riée croûteuse du cuir chevelu. Maigreur extrême. *Autopsie.* — Foie, thymus, rate, cerveau sains à l'œil nu. A gauche, péritonite chronique. Quatre cuillerées de pus dans l'hypocondre droit. Rougeur du péritoine en ce point. Au microscope, le péritoine qui ne présentait à l'œil nu qu'un peu de rougeur et d'induration à peine sensible en un point limité, montre des vésicules gorgées de détritus épithéliaux. Quelques-unes sont affaissées. Les travées conjonctives contiennent un nombre de noyaux très-considérable. Pus dans les petites bronches.

Observation XV. — Alexandre K..., âgé de un mois, entré le 4 mai 1870 au service de la crèche. Papules cuivrées siégeant sur les fesses, les cuisses et les jambes; quelques-unes sur les membres inférieurs. Coryza. Croûtes nasales. Aphonie. La main gauche présente la déformation que nous avons déjà signalée. On cherche vainement à la réduire.

Mort le 23 mai 1870. Autopsie absolument négative à l'œil nu. Après avoir laissé macérer le poumon dans l'alcool, on trouve vers le sommet un point plus dur et plus rouge à la loupe. Le microscope y montre en outre les vésicules gorgées de produits inflammatoires. Substance finement granuleuse, leucocytes, détritus épithéliaux, etc....

Observation XVI. — La nommée B..., âgée de trente ans, mariée, entre le 28 mai 1870 au service des Chazeaux, hospice de l'Antiquaille. Cette femme avait deux enfants, lorsqu'il y a deux ans elle prit un nourrisson à la Charité. Elle eut un ulcère du sein et divers accidents du côté de la peau et des muqueuses pendant trois mois. Elle fit alors un séjour de quatre mois à l'Antiquaille, dont elle est sortie en bon état. Revenue une seconde fois pour une récidive (ulcère du pied), un mois après elle est retournée

Digitized by Google

chez elle et paraît ne pas avoir eu d'accidents graves depuis cette époque. De temps à autre cependant, céphalée, douleurs dans les membres, et par deux fois apparitions de boutons dans la bouche. Il y a quinze mois, elle accoucha d'un enfant à terme, mais qui mourut au bout de six semaines avec des boutons abondants sur le corps et aux parties génitales. Avant cette époque, elle avait encore fait chez elle un nouveau traitement.

Nouvelle grossesse et accouchement il y a trois mois. Pendant cette grossesse, elle a encore suivi un traitement probablement ioduré. Le mari ne paraît pas avoir été malade.

Son enfant, âgé de trois mois, présente sur les fesses et sur les jambes des papules cuivrées arrondies, qui ont disparu assez rapidement. Pustule ulcérée sur le dos. Desquamation de presque toute la face plantaire du pied succédant à des bulles légèrement purulentes. Ces accidents ont débuté à l'âge de six semaines par la rougeur des fesses et les bulles des pieds. Desquamation des mains, quelques pustules sur la face. Coryza; voix enrouée, mais pas d'aphonie. État cachectique, membres amaigris, peau sèche, rugueuse, muguet. Aphtes sur la voûte palatine. Pas de plaques muqueuses buccales. Affaissement progressif. L'enfant ne tète plus, vomit. — Mort.

Autopsie entièrement négative à l'œil nu. Un peu d'hyperhémie du poumon, à gauche, dans le lobe inférieur. Le reste de l'organe est d'un blanc rosé. L'examen microscopique n'a pas été fait.

Observation XVII. — X..., âgé de quinze jours, est apporté de la Charité. On n'a sur son compte aucun renseignement. Il est extrêmement chétif, très-amaigri. On trouve sur le tronc et les membres des pustules d'ecthyma, des

Digitized by Google

papules rouge cuivré vers les orifices. Mort le soir de son entrée, le 20 juin 1870.

Autopsie. — Le foie présente une coloration marbrée, mais on ne trouve au microscope aucune altération. Les marbrures doivent être considérées comme un phénomène cadavérique.

Au sommet du poumon, on trouve un petit noyau rouge et dur ; sur une coupe macérée dans l'alcool, on voit que l'organe a perdu par places son aspect spongieux. Sur une tranche mince, on trouve, en plusieurs points, des noyaux abondants sur les travées conjonctives au point que certaines vésicules sont en partie oblitérées. Dans d'autres ce sont des détritus épithéliaux mêlés à de fines granulations. Il n'y a pas de point caséeux. Rien à noter autour des petites bronches. Les vaisseaux sont extrêmement congestionnés.

Observation XVIII. — Nous avons rejeté cette observation à la fin parce que la syphilis n'est pas certaine dans ce cas.

La nommée Rosa V..., née à Lyon, âgée de cinq mois, est amenée, le 16 novembre 1869, à la consultation gratuite de l'Antiquaille. Elle est portée par une nourrice ; cette dernière a vu depuis quelque temps cette enfant couverte de croûtes et, craignant d'être contaminée, elle veut s'en séparer ; elle ne présente aucune lésion spécifique. Quant à l'enfant, elle est couverte de bulles plus ou moins larges auxquelles ont succédé des ulcérations rouge vif qui laissent le derme à nu. État cachectique ; ulcérations à la vulve et à l'anus. (Elles n'ont rien de spécifique.) Débris de bulles aux pieds et aux mains, vers les articulations tibiotarsiennes. Croûtes au pourtour de la bouche. En résumé, il n'y a pas eu de plaques muqueuses. — L'enfant meurt le 19 novembre.

L'autopsie a été absolument négative.

Digitized by Google

Ce n'est pas avec un nombre aussi restreint d'observations que l'on peut entreprendre une description méthodique, et l'on ne serait pas autorisé à en tirer des conclusions générales, aussi nous bornerons-nous à insister sur quelques particularités importantes qui demandent une interprétation. Lorsque l'on consulte les auteurs qui ont écrit sur la syphilis infantile, on ne trouve qu'un nombre de faits extrêmement restreint, surtout si l'on ne veut faire entrer en ligne de compte que les observations où la *plaque muqueuse* est donnée comme l'indice de la syphilis. Si l'on peut, en effet, acquérir sans ce signe la conviction qu'un nouveau-né, en présence duquel l'on se trouve, est atteint de syphilis, quelle que soit l'autorité de ceux qui les proposent, les observations où cette lésion n'est pas signalée ne peuvent que très-médiocrement peser dans la balance.

Les faits réunis par Ollivier et Ranvier, par Gubler, ne font mention que dans un très-petit nombre de cas de lésions pulmonaires. M. Diday, dans son *Traité de la syphilis des nouveau-nés*, à l'article lésion des poumons, p. 143, reproduit la description donnée par Depaul en 1851. Il parle de « petits noyaux plus ou moins proéminents, jaunâtres au « premier degré de la maladie, se ramollissant et contenant, « vers leur centre, un liquide où le microscope décèle les « caractères les plus tranchés du pus. » Ces indurations sont, dit-il, déjà développées à la naissance et parcourent fatalement leur marche inévitablement mortelle.

Dans les quelques paragraphes consacrés à la discussion de la lésion, il est à noter certains passages qui expriment d'une manière non douteuse que les lésions pulmonaires sont des faits peu fréquents : « Il y a des faits où l'induration pulmonaire était la seule lésion viscérale » ; et, plus loin : « Dans un certain nombre de cas, *mais c'est la mi-*

Digitized by Google

norité, on a reconnu chez ces sujets la présence de pustules, de plaques muqueuses, etc. »

Aussi n'est-ce pas sans un certain étonnement que nous avons trouvé des lésions pulmonaires dans presque toutes nos autopsies. Serions-nous tombés sur une série de faits exceptionnels, ou bien faut-il chercher dans les circonstances mêmes où nous avons observé l'explication de cette apparente contradiction ?

Et d'abord examinons la description qui nous est donnée par l'auteur que je viens de citer. En la comparant à celles de nos observations, on y trouve des différences importantes à noter. Ce sont, d'un côté, des noyaux *jaunes grisâtres* faisant saillie, soit à la surface pleurale, soit sur les coupes du parenchyme. Les noyaux dont il est fait mention dans nos cas étaient, en général, rouge foncé, difficiles à déchirer, un peu granulés, se précipitant au fond de l'eau. Un mucus puriforme s'est échappé des ouvertures béantes des petites bronches ; bon nombre de celles-ci sont oblitérées. Cette description rappelle assez bien un passage de la monographie de Bergeron sur la pneumonie infantile (1).

Les lésions qui se rapprocheraient le plus de la description de M. Diday, nous les avons trouvées chez les enfants plus âgés, qui sortaient ainsi de la série que nous présentons.

Dans ces observations, nous n'avons presque jamais eu à noter des altérations siégeant dans les autres organes, jamais surtout d'altérations hépatiques, ce qui parait être peu en accord avec les auteurs.

La période à laquelle sont morts les enfants dont nous rapportons l'histoire, la nature même des lésions qui peuvent passer si facilement inaperçues, enfin la facilité avec

(1) De la Pneumonie considérée chez les enfants. — Paris, 1828 (thèse).

Digitized by Google

laquelle bon nombre de praticiens déclarent syphilitiques des enfants dont les éruptions sont de nature simple, tels sont les points sur lesquels il faut insister pour avoir l'explication des faits ci-devant consignés.

Nous avons, à cet effet, réuni sous forme de tableau nos observations et celles que nous avons recueillies dans les auteurs. Ces dernières sont peu nombreuses, car dans la plupart on ne parle que de l'organe malade, dans d'autres on omet la circonstance d'âge, d'antécédents, enfin dans presque toutes on ne parle pas de *plaques muqueuses*. La comparaison est donc difficile à établir.

Notons aussi que ces observations se rencontrent dans les recueils à l'état sporadique, si l'on veut me passer l'expression, il n'y a pas de séries de faits. C'est encore une difficulté de plus.

Digitized by Google

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS.			ACCIDENTS CUTANÉS.	DATES des 1ers ACCIDENTS.
Ire.	Observ.	M...	Papules sur le tronc, plaques muqueuses.	A sa naissance et au 4e mois.
IIe.	—	B...	Gommes suppurées, plaques muqueuses.	30e jour.
IIIe.	—	D....	Pemphigus, plaques muqueuses.	20e jour.
IVe.	—	Ch...	Gourmes, plaques muqueuses	13e jour.
Ve.	—	B...	Erythème, plaques muqueuses.	40e jour.
VIe.	—	C...	Id.	20e jour.
VIIe.	—	E...	Pas.	
VIIIe.	—	P...	Pemphigus, plaques muqueuses.	15e jour.
IXe.	—	B....	Impetigo de la face, plaques muqueuses.	(?)
Xe.	—	V...	Œdème douloureux, gourmes de la peau.	(?)
XIe.	—	A...	Pemphigus, plaques muqueuses.	Dans les 10 premiers jours.
XIIe.	—	H...	Plaques muqueuses.	9e mois.
XIIIe.	—	C...	Gourmes de la peau.	Du 30e au 40e jour.
XIVe.	—	G...	Papules cuivrées, impetigo.	(?)
XVe.	—	K...	Plaques muqueuses.	(?)
XVIe.	—	B...	Plaques muqueuses, pemphigus.	6 semaines.
XVIIe.	—	...	Plaques muqueuses, écthyma.	(?)

Digitized by Google

PERSONNELLES.

AGE A LA MORT.	HABITUS.	ORGANES MALADES.
2 mois.	Enfant très-robuste.	Méninges.
2 mois.	Facies caractéristique, mains déviées.	Poumon.
5 mois.	Très-chétif, mains déviées.	Cerveau.
2 mois.	Mains déviées.	Rein et poumon.
27 jours.	Rien.	Poumon.
25 jours.	Figure de singe.	Poumon.
1 mois.	Mains déviées, facies caractéristique.	Poumon.
8 mois.	Mains très-déviées, facies cachectique.	Cerveau (?)
27 jours.	Enfant très-chétif.	Poumon.
12 jours.	Très-chétif.	Poumon.
15 mois.		Poumon.
50e jour.	Rien.	Poumon.
2 mois 1/2.	Facies de singe.	Poumon.
1 mois.	Maigreur extrême.	Péritoine, poumon.
3 mois.	La main gauche déviée.	Poumon.
15 jours.	État cachectique, peau sèche,	Poumon (?)
4 mois.	État cachectique.	Poumon.

Digitized by Google

OBSERVATIONS TIRÉES DES AUTEURS.

AUTEURS.	DATES DE LA MORT.	ORGANES MALADES.
Ollivier et Ranvier.	Troisième jour.	Capsules surrénales.
Id.	Quinzième jour.	Poumon.
Id.	Vingtième jour.	Poumon et foie.
Id.	Avant terme.	Pas.
Id.	Trente-six heures.	Foie.
Id.	Avant terme.	Foie.
Id.	Quarante-sixième jour	Poumon.
Id.	Troisième jour.	Foie.
Id.	Demi-heure.	Capsules surrénales.
Id.	Quinzième jour.	Congestion pulmonaire.
Gubler.	Un mois.	Foie.
Id.	Trois mois.	Foie et poumon.
Id.	Un mois.	Foie. Poumon.
Depaul.	Trois mois.	Poumon. Thymus.
Id.	Un mois.	Poumon. Thymus. Foie.
Dubois.	Quelques minutes.	Thymus. Poumon.
Ranvier.	Vingt jours.	Foie. Épiphyses.
Prévost.	Avant terme.	Foie.

Sur les 18 cas recueillis dans les auteurs, nous ne trouvons de lésions hépatiques que chez les sujets morts dans les premiers jours qui ont suivi la naissance ; dans les autres cas, d'autres viscères étaient atteints en même temps. Une seule observation fait exception, mais M. Gubler fait préci-

Digitized by Google

sément remarquer que l'on n'a pas fait l'examen microscopique du poumon.

Les lésions hépatiques les plus considérables sont observées chez les plus jeunes sujets.

Dans notre série, dans 10 cas nous trouvons des lésions pulmonaires limitées, et parmi lesquelles pas une n'a passé à la suppuration. L'état caséeux, puriforme, nous ne le retrouvons que dans les observations IXe et XIIIe chez des enfants de 8 et 15 mois. Le plus jeune a 12 jours. Ne nous serait-il pas permis d'établir ici une catégorie d'enfants chez lesquels les accidents cutanés débutent du 10e au 15e jour, et dont la lésion viscérale a pour siége d'élection le poumon ?

Car il nous paraît en effet rationnel de rapporter à la syphilis ces altérations. Tous les enfants sur lesquels nous les avons observées étaient manifestement et certainement atteints de syphilis congénitale.

L'infection des nourrices, les plaques muqueuses, les gommes cutanées, les antécédents certains des parents sont autant de preuves irrécusables. D'un autre côté les lésions que nous avons rencontrées s'accordent assez bien avec celles dont parle Virchow dans son Traité des tumeurs; elles tendent en outre à démontrer que l'induration rouge, véritable pneumonie lobulaire, est le premier degré de la gomme pulmonaire ; chez les enfants plus âgés ce sont des cavernes, des suppurations pulmonaires que nous avons trouvées.

Les petits malades avaient résisté aux premières atteintes de la syphilis, et la maladie que nous avons rencontrée sur les cadavres des premiers à son début, nous la retrouvons à sa dernière période dans le thorax de ces derniers.

Ceci nous amène naturellement à résoudre cette question : Ces lésions sont-elles la cause de la mort ? Tout nous porte à répondre par la négative : 1° le peu d'étendue de ces

Digitized by Google

lésions; 2° l'état cachectique des malades dés leur naissance ; 3° enfin l'observation dans laquelle l'enfant né d'une mère syphilitique, avec le facies et l'habitus syphilitiques, et *nourri par elle*, meurt cependant dans un état cachectique au bout de 25 jours.

Les lésions pulmonaires n'ont été la cause de la mort que dans les observations IXe et XIIe. Elles avaient pu suivre toute leur évolution et arriver à cette période de désorganisation du parenchyme pulmonaire qui est incompatible avec la vie.

Pour nous l'évolution de la lésion pulmonaire serait la suivante : 1° congestion pulmonaire, puis prolifération du tissu connectif surtout autour des petites bronches et sous la muqueuse de ces dernières ; 2° oblitération des petites bronches soit par les tubercules sous-muqueux qui soulèvent graduellement l'épithelium, s'ulcèrent et bouchent leur orifice, soit par une bronchite de voisinage dont ces dépôts d'éléments embryonnaires seraient la cause prochaine ; 3° atelectasie des vésicules correspondantes à ces bronches.

Dans presque tous ces faits, nous avons parlé de pneumonie catharrale. Nous avons trouvé les vésicules gorgées de détritus épithéliaux subissant la dégénérescence granulo-graisseuse ; il faut donc forcément admettre un processus inflammatoire un peu différent de celui qui vient d'être résumé. Quels sont les rapports du premier avec le second ? Est-ce là la dégénérescence graisseuse de l'épithelium dont parle Feltz ? Ce sont des questions que nous ne saurions résoudre, les faits ne sont pas encore en nombre suffisant.

Il y a cependant une chose remarquable, c'est l'identité des produits de la syphilis avec ceux du tubercule : identité non-seulement de structure, non-seulement de volume, mais encore de siége. Ces granulations dans l'épaisseur des

Digitized by Google

bronches, soulevant la muqueuse et donnant au contour du calibre de ces conduits une forme en zigzag, ont une importance toute spéciale, si l'on se rappelle que, dans la tuberculose inoculée, M. Chauveau a presque constamment rencontré une éruption analogue. Faut-il admettre une granulation syphilitique comme l'on admet une granulation morveuse, tuberculeuse? est-ce un mode spécial de propagation des maladies virulentes? C'est une hypothèse qui mérite, je crois, d'attirer l'attention.

Sans vouloir insister sur les autres altérations signalées dans nos observations, lésion rénale, lésion péritonéale, lésions articulaires, qui sont citées, en général, comme des raretés, nous nous bornerons à appeler l'attention sur celles du cerveau : dégénérescence graisseuse des cellules nerveuses (Obs. 7) que la consistance de l'organe permettait à peine de soupçonner, hyperhémie active de la substance blanche, méningite aiguë. Comme ces lésions ne sont pas le moins du monde en rapport avec celles que la syphilis produit ordinairement, nous nous abstiendrons de toute interprétation.

Quelques mots maintenant sur l'histoire clinique de ces petits malades. Nous ne voulons pas insister sur les éruptions variées qu'ils ont présentées, érythème, bulles, tumeurs gommeuses de la peau, impetigo, seborrhée (nous pourrions dire en passant que le pemphigus des membres n'est peut-être pas aussi constant qu'on l'a voulu enseigner), sur le coryza dont presque tous étaient atteints. Nous nous bornerons à appeler l'attention sur la déformation particulière des mains qu'ont présentée certains d'entre eux. Comme on peut s'en rendre compte en jetant un coup d'œil sur les dessins qui accompagnent cette note, cette déformation consiste en une déviation de la main sur son bord cubital avec demi-flexion des doigts qui suivent à peu près le même mouvement. Le pouce au contraire

Digitized by Google

est dans l'extension forcée, sa pulpe s'oppose à la partie moyenne des phalanges. L'avant-bras est fléchi sur le coude, les deux mains sont rapprochées du tronc.

Cette déformation est donc bien différente de celles que l'on a décrites dans certaines formes de paralysies, plombique, saturnine, etc., dans le rhumatisme articulaire, soit aigu, soit chronique, dans la maladie de Parkinson. Il suffit de comparer les figures de la thèse de M. Ordeinstein sur la paralysie agitante avec nos planches pour s'en convaincre. Si on les met en présence de celles qui accompagnent le Mémoire de M. Létiévant sur les phénomènes consécutifs aux sections nerveuses (1), on verra que notre déformation ne se rapporte à aucun des types qu'il décrit.

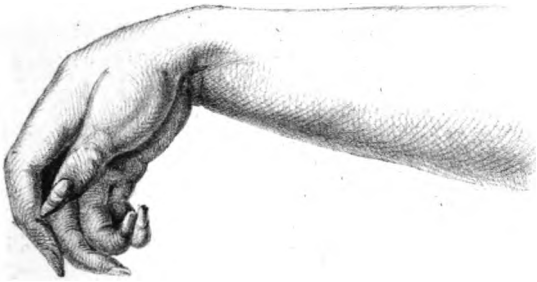
On peut, sans doute, objecter que cette déformation a pour cause l'amaigrissement, la manière dont les enfants sont langés. Nous répondrons à cela que nous avons trouvé cette disposition sur un enfant dont les membres étaient depuis plusieurs jours considérablement œdématiés (*Obs.* 10); que nous rapportons un fait dans lequel la main gauche seule était déformée, sans qu'il fût possible de réduire la déformation; qu'enfin sur bon nombre d'enfants amaigris cette déformation n'existe pas.

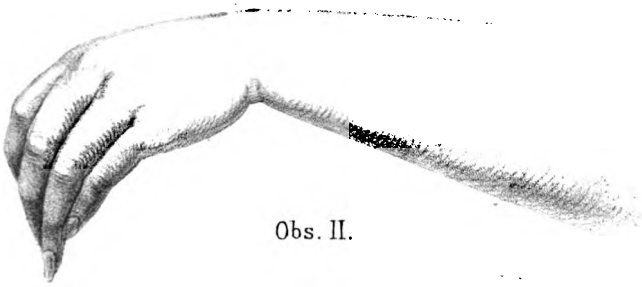
En présence de l'absence d'altérations musculaire et nerveuse, nous ne savons à quoi attribuer cette attitude. C'est un symptôme de plus à enregistrer, et, sans vouloir rien préjuger sur sa valeur, nous le donnerons comme un trait de plus au tableau repoussant de l'habitus des nouveau-nés vénériens.

(1) Phénomènes physiologiques et pathologiques consécutifs à la section des nerfs du bras, par le Dr Létiévant, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon. (Extrait du *Lyon médical*.)

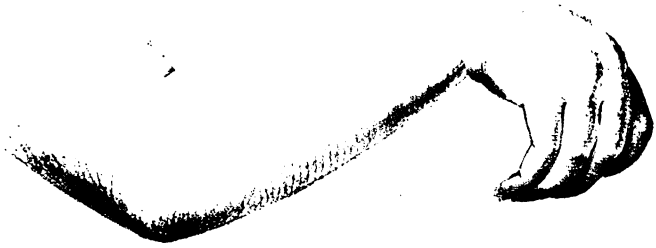
Digitized by Google

Obs. IV.





Obs. II.



D. Mollière del. P. Lackerbauer lith.

Publié par G. Masson à Paris.

Imp. Becquet, Paris.

Digitized by Google

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE

Étude sur la classification des syphilides, par le Dr Michel Schweich, in-8° de 74 pages, Paris, 1869, Adrien Delahaye.

Le temps est passé, fort heureusement, où, se piquant d'une exactitude plus précieuse en histoire naturelle qu'en médecine, nos auteurs accordaient toute leur attention à l'aspect extérieur des dermatoses, et prenaient pour base unique de leurs classifications *la forme*. A cette méthode graphique, stérile importation anglaise, les spécialistes, devenant peu à peu médecins, tendent de plus en plus à substituer la méthode *chronologique*. Ainsi une éruption étant donnée, on ne se tient plus pour satisfait si l'on a réussi à découvrir dans quelle catégorie, papules, squammes, tubercules, etc., elle aura sa place anatomiquement légitime. Plus exigeant, parce qu'on est plus pratique, on veut aujourd'hui savoir à quelle époque de la syphilis elle appartient, afin de pouvoir de sa période déduire son remède.

Franchement entré dans cette voie, M. Schweich y déploie un esprit clinique, un sens judicieux, auxquels il ne manque, pour porter tous leurs fruits, que de s'exercer dans la pleine indépendance de l'observateur et du savant. En effet, avec quelque aisance qu'il porte le joug, ce joug, on le voit, gêne ses allures, entrave non-seulement la libre formule de ses convictions doctrinales, mais l'énoncé même des divisions qui font l'objet de son travail. Citons-en un exemple. Il est ici d'autant mieux à sa place qu'il nous porte directement au cœur du sujet.

Différencier les syphilides d'après leur gravité plutôt

Digitized by Google

que d'après leur forme, n'est pas une conception tout à fait récente. Sans remonter plus haut, Ricord a exprimé cette pensée dans une foule de passages; et l'un des plus solides disciples de son école, Bassereau, l'énonce de la manière la plus formelle en distinguant « les syphilides *sèches* et *bénignes*, des syphilides *pustuleuses graves*, des affections *ulcéreuses* de la peau » (pages 443 et 540).

Néanmoins, il faut le reconnaître, les études nouvelles poursuivies à l'hôpital Saint-Louis ont conduit à mettre plus de précision dans cette détermination. On sait à présent, on enseigne d'une façon positive : 1° que les formes sèches, *résolutives*, des syphilides appartiennent en général aux premières phases de la maladie; 2° que les formes *ulcéreuses* se rencontrent plus ordinairement à une époque plus avancée; 3° enfin que les syphilides les premières en date sont ordinairement *généralisées*, celles qui surviennent ultérieurement, à titre de récidives, étant, au contraire, presque toujours circonscrites.

Eh bien! ces notions précises, lumineuses, inattaquables, M. Schweich a écrit la présente étude dans le but de les vulgariser, et l'on voit, à n'en pas douter, que, comme praticien il est fermement convaincu de leur justesse. Pourquoi donc semble-t-il moins formel la plume à la main? Pourquoi ne les énonce-t-il nulle part dans les termes simples et explicites sous lesquels nous venons de les formuler?

Pourquoi?... Ah! c'est qu'une haute autorité à ménager lui a inspiré — je ne dis pas, *imposé* — quelque circonspection. C'est qu'il existe à Saint-Louis, faisant école — sur d'autres points, bien entendu — un homme croyant encore, enseignant encore, que la syphilis est quelquefois consécutive à un chancre mou ou à une blennorrhagie! Naturellement cette erreur en a engendré une autre; car la syphilis qui commencerait ainsi ne saurait ressembler aux autres. Aussi le même professeur affirme-t-il que, dans ces

Digitized by Google

cas, « les premières manifestations n'apparaissent qu'au bout de 2, 3, 10 mois ou même plus, et consistent dès l'abord en des lésions profondes, circonscrites, telles que syphilides circonscrites et ulcéreuses, lésions osseuses, etc. »

Or, trouvant en travers de son chemin cette syphilis, quel parti doit prendre celui qui veut classer les syphilides? Simplement l'écarter et passer outre, s'il est libre de ses allures. Mais comme telle n'est pas, à ce qu'il paraît, la situation de M. Swcheich, comme, pour certains motifs, que d'ailleurs nous estimons parfaitement honorables, notre confrère est tenu à quelques égards vis-à-vis de l'auteur de la syphilis *irrégulière*, il a dû, après une courte protestation où perce le fond de sa pensée, donner place à cette forme-là, à cet être de raison, parmi les êtres, hélas! trop réels dont fourmille la flore syphilitique.

Dans quels embarras, à quelles obscurités de rédaction l'a conduit ce généreux mais impuissant effort! Pour en donner une idée, il nous suffira de citer la phrase suivante : « Enfin, en dernier lieu, on observera les syphilides généralisées, ulcéreuses, malignes, qui sont précoces pour M. Bazin, parce qu'il les rapproche des syphilides ulcéreuses, mais qui sont tardives, si on les fait rentrer dans la famille des syphilides exanthématiques. » (Schweich, p. 44.)

Lorsqu'il sait se dégager de l'attache de ces compromis, M. Schweich peint en artiste de la bonne école. Ses remarques concernant l'évolution générale de la syphilis méritent d'être reproduites, comme empreintes d'une exactitude portée au point de réaliser un progrès réel sur ce que l'on connaissait jusqu'ici en cette matière si étudiée cependant.

« Les syphilides généralisées, dit-il, peuvent présenter plusieurs poussées successives ; mais dans aucune observation, nons n'avons vu réapparaître une seconde éruption généralisée lorsqu'il s'était écoulé un certain temps après la guérison complète de la première éruption.... Lorsque

Digitized by Google

les éruptions généralisées ont disparu, la syphilis paraît subir un temps d'arrêt. Chez quelques sujets, la maladie est pour ainsi dire guérie, en ce sens qu'ils ne présentent plus aucun accident syphilitique jusqu'à la fin de leurs jours. Chez d'autres, dont la santé était restée bonne pendant un temps variable, se développent de nouveau des accidents syphilitiques. Ces nouveaux accidents syphilitiques ont changé profondément d'allure : plus de phénomènes généraux prodromiques, plus d'engorgement ganglionnaire. Les accidents, au lieu d'être généralisés sont circonscrits, réunis en groupes. »

Nous aurions cependant à chicaner notre savant confrère sur quelques points de détail moins importance. Faute d'espace, et faute aussi de savoir résister au plaisir d'en causer avec un appréciateur tel que lui, qu'il nous permette de les comprendre dans une simple énumération.

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUN 12 1907

Pourquoi, par exemple, écrit-il que « les syphilides généralisées (*personne n'en doute*) ne sont pas contagieuses », alors qu'il y aurait, ce nous semble, d'assez bonnes raisons pour compter au moins Wallace, Valler et Rinecker parmi les sceptiques à l'égard d'un pareil dogme ?

Pourquoi avance-t-il que « l'alopécie est le résultat de la lésion des bulbes pileux altérés par des plaques syphilitiques ou par les éléments éruptifs de l'exanthème et ne doit pas être regardée comme un phénomène prodromique », alors qu'on voit clairement, quand elle s'étend à la barbe, aux sourcils, l'alopécie apparaître là sans qu'aucune lésion appréciable y ait existé, ni y existe ?

Pourquoi dit-il de la roséole, ordinairement la première en date des syphilides, « qu'elle suit de près le moment de la contagion, qu'elle apparaît, en général, au bout de six semaines à trois mois », alors que les statistiques de M. Rollet et les miennes (1858), comptant ce laps de temps à partir du début du chancre, donnent une moyenne de six semaines,

Digitized by Google

avec des écarts ne dépassant pas quinze ou vingt jours ?

Mais ce sont là, nous le répétons, des points accessoires au sujet desquels nous aurions mauvaise grâce d'insister.

Une autre question, d'ailleurs, nous semble plus digne d'attention, et nous demandons à l'auteur la permission de la poser telle que nous la comprenons.

Il est bon, sans doute, il est utile autant que rationnel de classer les syphilides d'après la période de la syphilis à laquelle elles appartiennent ; c'est dans cette voie que marche la science moderne, et nous sommes heureux d'enregistrer ses progrès.

Mais n'y a-t-il d'attaché au succès de cette détermination qu'un pur intérêt de curiosité ? N'est-ce que pour faire œuvre de naturaliste qu'on cherche à préciser de telles notions ? Non, sans doute : c'est afin de savoir quel degré de *gravité* comporte telle ou telle forme d'éruption, et partant quelle espèce particulière de traitement lui est applicable.

Eh bien ! allons donc franchement au fond des choses. Au lieu de nous borner à diviser les syphilides d'après l'ordre chronologique, apprécions-les d'après la gravité, d'après l'*intensité* des *quantum* diathésiques que chacune d'elles dénote. Substitué à l'ordre simplement chronologique, l'ordre étologique sera à la fois et plus fructueux et plus logique ; plus fructueux, car, dès que l'on sait à quelle dose de puissance virulente répond telle ou telle variété de dermatose, on réalise du même coup la notion séméiologique et la notion thérapeutique. Cet ordre, avons-nous ajouté, sera aussi plus logique. En effet, soit une même éruption, un groupe identique de papules. Eh bien ! il peut avoir une signification toute différente, tout opposée même, selon que, par exemple, il constitue, ou bien la troisième poussée d'une syphilis qui n'avait consisté, jusque-là, qu'en roséole et plaques muqueuses, ou bien la troisième poussée d'une syphilis dont les premiers symptômes avaient été une

Digitized by Google

éruption pustuleuse. Rassurant dans le premier cas, ce même accident, ce même groupe de papules a, dans le second, un sens défavorable. Aussi son pronostic et, par conséquent, son traitement doivent-ils essentiellement différer.

Cette étude, sans doute, n'est pas d'emblée à la portée de tous ; elle a ses difficultés comme elle a ses avantages : car, pour la mener à bien, il ne suffit plus d'examiner les syphilides, c'est la syphilis elle-même qu'il faut approfondir dans ses variétés, dans ses degrés, dans ses âges, dans ses modalités si nettement caractéristiques de sa force actuelle et de sa gravité ultérieure.

C'est à ce travail que nous convions tous les bons esprits, les esprits jaloux de tirer notre spécialité de l'ornière des *dermatophiles*, comme le disait Baumès, pour l'engager dans le sillon médical. L'effort heureux tenté dans cette voie par M. Schweich nous autorise à lui adresser, à lui en particulier, cet appel : *thèse* oblige autant au moins que noblesse; et la haute clairvoyance dont notre jeune confrère a déjà fait preuve en signalant, mieux que par le passé, les traits distinctifs des éruptions selon leur degré d'ancienneté, nous est un gage assuré du succès réservé à son investigation lorsque bientôt, s'il veut bien nous permettre cette innocente figure, il aura quitté le costume et les lisières de basin, pour vêtir la robe virile.

P. Diday.

Digitized by Google

CAUSERIE SUR L'HOPITAL SAINT-LOUIS

Monsieur et très-honoré confrère (1),

Nous nous sommes arrêtés, dans le voyage d'exploration que nous avons entrepris ensemble au travers de l'hôpital Saint-Louis, à la salle de garde des internes en médecine,

Et je me suis engagé à vous y servir d'introducteur.

En vous faisant cette promesse, hélas ! je ne prévoyais guère que toute une année s'écoulerait, et quelle année ! avant le jour de sa réalisation.

Veuillez donc me suivre, mon cher confrère, et nous allons essayer d'oublier ensemble, pour quelques instants, s'il se peut, tous les sombres mois que nous avons vécu depuis notre dernier entretien.

La salle de garde de l'hôpital Saint-Louis occupe, dans le pavillon en équerre dit autrefois *de l'Économe*, un espace compris entre les bureaux de l'administration locale et les logements réservés aux internes. Cette situation en marque, pour ainsi dire, le double caractère. En effet, la salle de garde constitue dans l'établissement une sorte de terrain mixte, tout à la fois médical et administratif, lieu de réunion pour les élèves, centre et moyen d'action pour les besoins du service de santé, dans les intervalles qui séparent les visites du matin. Elle a pour hôte l'*interne de garde*, personnalité une et multiple, aujourd'hui celui-ci et demain celui-là, collectivité et diversité par les individus,

(1) Je prie les lecteurs des *Annales* de vouloir bien excuser les nombreuses coquilles et incorrections de tout genre qui hérissaient et dénaturaient le texte de mes précédents articles. Mieux renseigné su la faculté qui nous est laissée de revoir et de corriger nos épreuves j'aurai soin d'en user à l'avenir.

Digitized by Google

unité et solidarité par le titre commun, le même devoir accepté, la même responsabilité assumée, par la conformité d'âge, d'études, de connaissances acquises, et j'ajouterai par le sentiment profond d'égalité qui résulte pour tous de ces conditions réunies.

L'internat, tel qu'il existe aujourd'hui, date du 23 février 1802 (4 ventôse an IX), et l'on peut dire qu'il n'a subi, depuis cette époque déjà reculée, aucune modification importante. Il repose essentiellement sur le principe du concours. Il y a un concours vers la fin de chaque année pour combler les vides laissés par les titulaires sortants ou démissionnaires, et l'on sait tout ce que la conquête de ces places soulève dans l'École de luttes passionnées et d'ardentes compétitions. Chaque interne est nommé pour une période de quatre années, mais il doit, à la fin de chacune d'elles, venir se retremper dans un nouveau concours, dit des internes, lequel a lieu simultanément sur deux séries : d'une part, entre les internes de première et de deuxième année (une médaille d'argent est dans ce cas le prix du vainqueur); d'autre part, entre ceux de troisième et de quatrième année, qui ont à se disputer la médaille d'or, c'est-à-dire la plus haute distinction que puisse ambitionner un interne.

Le nombre des internes varie pour les différents hôpitaux et hospices selon l'importance relative attribuée au service médical actif dans chacun de ces établissements. Il n'y a qu'un interne à Sainte-Périne, aux Ménages, aux Incurables (hommes et femmes) et à la Maison d'Accouchements; il y en a deux aux Enfants-Assistés, trois à Lourcine, au Midi et aux Cliniques, quatre à Cochin et à la Maison de Santé, cinq à Sainte-Eugénie, six à Bicêtre, sept aux Enfants-Malades, huit à Necker et à la Salpêtrière, neuf à la Charité et à Beaujon, onze à la Pitié, douze à Saint-Antoine et à Saint-Louis, treize à Lariboisière, seize à l'Hôtel-Dieu.

Digitized by Google

En tout, 140 internes en activité de service chaque année dans les différents hôpitaux et hospices de Paris.

Indépendamment des internes titulaires, nommés pour quatre ans, il existe une autre série d'internes, dits *provisoires,* nommés pour une année seulement, et dont la fonction est de suppléer temporairement et selon l'ordre de promotion, les titulaires malades ou en congé. Les chances de remplacement sont d'autant plus grandes pour l'interne surnuméraire qu'il occupe un rang plus élevé dans la série.

Tout interne a deux ordres de devoirs à remplir : des devoirs relatifs au service médical ou chirurgical dont il fait partie; des devoirs relatifs à la salle de garde.

Dans les hôpitaux qui, comme Saint-Louis, comportent un certain nombre d'internes, la garde se fait à tour de rôle et dans un ordre que l'on détermine généralement à l'avance par la voie du tirage au sort. Elle commence, pour chaque élève, après le départ des chefs de service, et se continue sans interruption jusqu'au lendemain matin, à l'heure où se font les visites. Pendant cet intervalle de temps, l'interne ne s'appartient plus : il est à quiconque souffre et l'appelle. Il faut qu'on sache où le trouver à toute heure du jour et de la nuit, car toute heure peut faire surgir une éventualité d'urgence qui réclame immédiatement sa présence. L'imprévu est partout autour de lui, au dehors comme au dedans, dans le blessé qu'on apporte de la rue comme dans le malade qui souffre ou qui agonise dans les salles. Quel est celui qui ne s'est pas senti jusqu'à un certain point ému et troublé lorsque, demeuré seul dans l'hôpital confié à sa vigilance, il lui fallut pour la première fois affronter les hasards de la garde? Son rôle s'était jusque-là borné, comme externe, à suivre modestement la visite, à inscrire les prescriptions du chef de service, à exécuter les pansements sous la direction de l'interne, et le

Digitized by Google

voilà tout à coup abandonné à lui-même, à sa propre initiative, obligé de faire face à toutes les éventualités, et le cas échéant, de se prononcer souverainement sur l'opportunité de telle ou telle médication. Les *urgences* les plus redoutables se présentent tour à tour à son esprit, ischurie et rétrécissements infranchissables, accouchements dangereux, empoisonnements aigus, hémorrhagies traumatiques que rien n'arrête, etc., la vie d'un malade suspendue à la décision qu'il va prendre! tout cela heureusement fort rare. Et la journée se passe, et la nuit s'écoule sans encombre, et il a suffi à tout, pourvu à tout, et maintenant sa prochaine garde peut venir, elle le trouvera beaucoup plus calme, sinon déjà complétement rassuré.

La salle de garde des internes en médecine de l'hôpital Saint-Louis se compose aujourd'hui de deux pièces bien distinctes, sur lesquelles je désire appeler successivement votre attention.

Cette porte que nous apercevons dans une sorte d'enfoncement vestibulaire, et sur laquelle sont inscrits ces mots : « Salle de garde », nous conduit dans une pièce de forme rectangulaire, éclairée à son extrémité opposée par une fenêtre unique donnant sur un jardin formant terrasse le long de la rue Bichat. La fenêtre est munie de barreaux et présente à sa partie inférieure un châssis en bois destiné, selon toute apparence, à intercepter les regards du côté du jardin, qui appartient au directeur de l'établissement. Une table régnant sur toute la longueur de la pièce et garnie de siéges nombreux, un poêle en faïence à droite en entrant, à gauche une armoire scellée au mur, tels sont les objets principaux qui s'offrent à notre vue; tout cela d'une simplicité tout administrative. Notons pourtant, comme éléments de décoration, un certain nombre de photographies appendues aux murs, et qui ont pour but de représenter les différentes séries d'internes qui

Digitized by Google

se sont succédé à l'hôpital Saint-Louis pendant le cours des six ou sept dernières années.

C'est là que les internes se réunissent matin et soir pour prendre leurs repas en commun. A ce moment, la pièce triste et nue que nous avons sous les yeux s'anime et prend un tout autre aspect. Autour de la table se sont assis les internes, et, avec eux, la jeunesse, la gaieté, le mouvement, la vie ont fait irruption dans cet étroit espace. Vous savez comme moi tout ce qui peut se dégager d'entrain, d'humour, de vive originalité au contact d'esprits jeunes, ardents, instruits, divers de forme et d'allure. Chacun y apporte sa note, grave ou légère, quelquefois discordante, toujours sympathique. Là règne la concorde dans son acception la plus pure, la plus élevée, j'entends la concorde qui résulte de l'harmonie des sentiments, des idées, de la conformité des goûts, de l'analogie des caractères, et non pas cette espèce de contrat exclusivement basé sur la communauté des intérêts. Aussi est-il presque sans exemple qu'un véritable schisme se soit déclaré dans une salle de garde ; particularité digne de remarque et dont la raison doit être recherchée, sans doute, bien moins dans les individus eux-mêmes que dans le mode et la nature de leur association. La salle de garde établit, dès le début, entre tous ceux qui la composent, une sorte de niveau d'égalité, quelles que soient les conditions de rang, de fortune ; là, point de questions de préséance, d'amour-propre, de rivalité, rien de ce qui divise ordinairement les hommes ; un seul titre, celui d'interne, et pour toute distinction celle qui résulte naturellement de la diversité des intelligences. C'est là surtout que naissent et se développent, en vertu de certaines lois d'affinité morale, bon nombre de ces amitiés fécondes que l'on voit se perpétuer entre médecins d'une même génération, et qui, trop souvent interrompues par de brusques nécessités so-

Digitized by Google

ciales, survivent au fond du cœur comme un souvenir d'un temps qui n'est plus.

Je viens de vous conduire dans la partie vivante, animée, bruyante, ouverte à tout venant, de la salle de garde de l'hôpital Saint-Louis. Mais il en est une autre qu'il me reste à vous faire connaître, celle-là réservée, silencieuse, lieu de recueillement et de travail, contiguë à la première, mais ne communiquant pas directement avec elle. Cette pièce n'a été réunie à la salle de garde proprement dite que depuis quelques années seulement ; c'est en 1866 qu'elle fut mise à la disposition des internes pour servir de local à la bibliothèque médicale dont ils avaient, d'un commun accord, décidé la fondation, et qui compte aujourd'hui, comme nous allons voir, environ quatre cents volumes.

J'ignore dans quelle salle de garde fut émise pour la première fois l'heureuse idée de créer, dans chaque hôpital, une bibliothèque à l'usage des internes. Ce qui est certain, c'est que, le 25 mars 1865, les internes alors en exercice à l'hôpital Saint-Louis s'engagèrent, sur la proposition de quelques-uns d'entre eux, à faire abandon au profit de la salle de garde de tous les journaux, thèses, brochures et livres qui lui sont gratuitement adressés. Mais on s'aperçut bien vite qu'une bibliothèque uniquement composée des éléments que je viens d'indiquer ne remplirait qu'imparfaitement le but, et, pour donner à l'œuvre tout le développement dont elle était susceptible, on prit en outre l'engagement de fournir une cotisation mensuelle, destinée à pourvoir tant aux frais de reliure qu'à l'acquisition des livres et ouvrages reconnus indispensables. Et l'idée fit son chemin, et les volumes ne tardèrent pas à s'ajouter aux volumes. Les médecins de l'hôpital eux-mêmes, désireux de contribuer pour leur part à l'œuvre si digne d'intérêt entreprise par leurs élèves, s'empressèrent d'apporter leur précieux contingent de livres à la bibliothèque naissante.

Digitized by Google

Les internes ne se sont pas bornés, d'ailleurs, à colliger des volumes. Ils ont élevé leur œuvre à la hauteur d'une institution durable en lui donnant des statuts destinés à en assurer le libre fonctionnement dans le présent et la perpétuité dans l'avenir. Voici ces statuts, calqués en grande partie sur ceux des bibliothèques de Bicêtre (juin 1865) et de la Salpêtrière (octobre 1866) :

« Art. 1er. Les internes en médecine de l'hôpital Saint-« Louis s'engagent à laisser à la bibliothèque les journaux, « les brochures et les livres qui sont adressés à la salle de « garde.

« Art. 2. Les internes en médecine s'engagent à fournir « une cotisation mensuelle dont le chiffre sera fixé chaque « année.

« Art. 3. Afin d'assurer le présent et l'avenir de la bi-« bliothèque des internes en médecine de l'hôpital Saint-« Louis, ils en donnent la propriété à *trois d'entre eux*, « qui en deviennent *responsables*, et dans lesquels ils pla-« cent assez leur confiance pour accepter, par avance, « toutes les décisions que ceux-ci croiront devoir prendre « à la majorité, concernant le fonctionnement et la conti-« nuation de la bibliothèque.

« Art. 4. Parmi les engagements d'honneur qu'ils impo-« sent aux propriétaires responsables, existent les deux « suivants :

« 1° Laisser à la salle de garde des internes en méde-« cine de l'hôpital Saint-Louis, la bibliothèque, tant qu'il « y aura un nombre suffisant d'internes et provisoires nom-« més au concours, c'est-à-dire tant que les conditions « seront analogues à celles où se sont trouvés les fonda-« teurs eux-mêmes ;

« 2° En cas contraire, ou par des motifs qu'il est im-« possible de prévoir, mais dont les propriétaires seront « seuls juges, disposer de la bibliothèque *en totalité* et

Digitized by Google

« pour qu'elle reste un corps unique, non morcelé, au pro-
« fit d'internes des hôpitaux de Paris, soit sous forme de
« don provisoire, à une autre salle de garde d'internes
« nommés au concours, soit sous toute autre forme que
« l'application la plus pratique indiquera.

« Ils pourraient, à ce moment et pour cet intérêt géné-
« ral, consulter leurs collègues des hôpitaux de Paris.

« Art. 5. Les possesseurs actuels expriment encore le
« désir que les propriétaires de la bibliothèque ne choisis-
« sent, pour les remplaçer, s'ils quittent Paris ou pour
« toutes autres causes, que des internes nommés au con-
« cours, et pris surtout parmi ceux qui se sont occupés le
« plus de la collection, comme les bibliothécaires annuels
« par exemple. En cas de partage dans les voix des deux
« propriétaires pour le remplacement du propriétaire quit-
« tant, le bibliothécaire de l'année deviendrait, de droit, le
« troisième propriétaire. »

Comme on le voit par ce qui précède, la bibliothèque de la salle de garde appartient de droit et exclusivement aux internes en médecine; c'est une propriété créée par leur initiative, entretenue et augmentée de leurs deniers, administrée et conservée par leurs soins intelligents, et dont la valeur, aujourd'hui déjà très-réelle, peut devenir et deviendra sans doute très-considérable un jour, son accroissement n'ayant pas d'autre limite concevable que la durée de l'institution même de l'internat.

Cependant, il faut le reconnaître, l'entreprise n'aurait pas eu peut-être tout le succès qu'on en devait attendre, si l'administration n'avait, de son côté, pourvu à de certaines difficultés matérielles susceptibles d'en entraver ou tout au moins d'en borner l'exécution. Un obstacle sérieux résultait d'abord du défaut d'emplacement : vous voyez comment il a été levé. Mais le local une fois trouvé, il devenait aussitôt nécessaire de l'approprier à sa destination nouvelle,

Digitized by Google

d'y installer, en un mot, quelques meubles utiles, et surtout un corps de bibliothèque où l'on pût disposer et collationner les volumes. Or, ces acquisitions diverses, à quelque taux qu'on les réduise, eussent obéré pour longtemps sans doute le budget de la salle de garde, et l'administration nous paraît avoir rendu à l'œuvre elle-même un véritable service en prenant à sa charge ces premiers frais indispensables.

Mais c'est bien longuement vous expliquer ce qu'un simple coup d'œil jeté autour de nous vous eût aussitôt fait comprendre.

C'est bien ici, tout l'indique, un lieu consacré au travail et à l'étude. Les yeux n'y rencontrent, dans le demi-jour que laisse pénétrer une fenêtre unique, que des objets sévères : au milieu de la pièce, une table revêtue d'un tapis, et sur laquelle se trouvent une écritoire, des plumes, quelques brochures éparses et les journaux du jour; autour de la table, deux ou trois siéges seulement; enfin, adossé à la paroi de droite et la couvrant dans une bonne partie de sa longueur, un vaste corps de bibliothèque s'ouvrant par des châssis vitrés, et dont les rayons nous apparaissent chargés de volumes de toutes formes et de toutes dimensions.

Les livres, principalement lorsqu'ils se présentent à l'état de collections, de bibliothèques, possédent une certaine force d'attraction qui se manifeste à distance, et dont il n'est pas toujours facile de se défendre. On se trouve comme fasciné, entraîné par un mouvement insensible et presque inconscient. Cette influence agit en ce moment sur vous, si je ne me trompe, et je vous invite, mon cher confrère, à n'y pas résister davantage. Approchons-nous donc de ces volumes, et voyons ce qu'ils ont à nous dire.

Et d'abord (à tout seigneur tout honneur!) permettez-moi d'attirer votre attention toute particulière sur ce que j'appellerai la partie spéciale de cette bibliothèque, je veux

Digitized by Google

parler des ouvrages de pathologie de la peau, car nous ne devons pas oublier que nous sommes ici à l'hôpital Saint-Louis, grand livre de dermatologie toujours ouvert et dont ceux-ci ne sont qu'une pâle et imparfaite traduction.

(*A suivre.*)

L. GUÉRARD.

Digitized by Google

REVUE DES JOURNAUX.

LES LÉSIONS SYPHILITIQUES CHEZ LE VIEILLARD PEUVENT SIMULER LE CANCER.

En 1855, écrit le docteur Michaelis, je soignais un homme âgé d'environ 60 ans pour un chancre plagédénique du gland. Quelques mois plus tard un noyau induré se développa sur la cicatrice. J'écartai l'idée d'une lésion syphilitique, parce j'avais vu la cicatrice parfaitement souple et que plusieurs mois s'étaient écoulés depuis la cicatrisation.

Je crus donc à un néoplasme et j'en aurais fait l'ablation immédiate si les glandes inguinales n'eussent été engorgées des deux côtés.

Bains locaux et pommade iodée.

La tumeur envahit la couronne, s'étendit jusqu'au frein, une croûte se forma à sa surface et laissa en tombant une plaie sanieuse qui en une semaine se détergea. Quelques semaines plus tard, je constatai des condylômes à l'anus et des ulcérations amygdaliennes. De larges doses d'iodure de potassium eurent raison du tout et, en 1867, époque où j'ai revu le malade, il était entièrement rétabli.

Un autre malade, à la suite d'un chancre phagédénique qui lui avait détruit le gland, présentait un tel rétrécissement de l'extrémité de l'urètre que je dus intervenir. En essayant de passer des sondes, je constatai au côté gauche du prépuce une petite tumeur qui en deux semaines atteignit le volume d'une petite châtaigne. Les ganglions inguinaux étaient durs et engorgés, mais non douloureux. Le malade maigrit de jour en jour et devint cachectique ; après six semaines, la tumeur s'ulcéra; l'ulcération envahit la peau du

Digitized by Google

pénis, l'urètre et les corps caverneux. Bientôt une éruption syphilitique survint, le diagnostic étant établi, et en peu de temps tout céda à l'iodure de potassium à l'extérieur et au traitement local par des lotions d'eau phéniquée et additionnée de sublimé.

Un troisième malade me fut montré par le docteur Matuwowsky. Ce malade avait une infiltration diffuse du pénis, et à la place du gland qui était détruit, une large plaie en entonnoir. Le prépuce en partie conservé adhérait aux bords de la plaie. Les glandes inguinales étaient engorgées, surtout à droite. Le sujet était profondément cachectique. Cette affection datait de six mois. Le malade était marié et affirmait que sa femme n'avait aucun mal.

L'ulcération fut enlevée à sa base; après un traitement mercuriel mal supporté, on eut recours à l'iodure de potassium et le malade fut bientôt rétabli. Je ne l'ai pas revu.

Jamais chez les sujets jeunes je n'ai vu une évolution semblable des accidents syphilitiques; la vieillesse peut donc imprimer à ces accidents un aspect spécial qui doit rendre le médecin prudent pour le diagnostic et le traitement des indurations et tuméfactions des organes génitaux chez les vieillards.

(*Jiornale italiano delle malattie venere, etc.*)

LA PEAU DES NÈGRES.

Le docteur Boislinière attribue l'immunité des nègres eu égard aux affections biliaires et à l'action des rayons solaires, à ce qu'ils ont deux foies. L'un est celui que possède tout le monde, l'autre est répandu sur toute la surface du corps sous forme de pigment noir. Les

Digitized by Google

nègres vivent dans les pays les plus malsains sans être sujets à la fièvre bilieuse ni à la fièvre jaune; ils peuvent travailler tout le jour sous un soleil ardent sans inconvénient marqué. Les blancs placés dans les mêmes conditions succombent vite.

Quoi qu'il en soit des idées un peu bizarres du docteur Boislinière, il est certain que l'immunité des nègres dans les pays chauds est un fait réel. Il y déja fort longtemps, en 1820, Everard Home avait constaté que, alors que le bras d'un blanc exposé à un soleil ardent se couvrait de phlyclènes, celui d'un nègre placé dans les mêmes conditions n'éprouvait aucune irritation.

(*Archives médicales de Humboldt.*)

PSORIASIS GUÉRI PAR LE MAÏS ALTÉRÉ.

Le maïs, accusé de donner la pellagre, peut-il être de quelque utilité dans le traitement des maladies cutanées?

Le professeur César Lombroso en a essayé l'emploi sur une femme de 46 ans et atteinte d'un psoriasis rebelle à tous les traitements employés. En deux mois la guérison fut obtenue par l'usage quotidien de six grammes d'une teinture préparée avec le maïs moisi.

Les premiers jours il n'y eut pas d'effet, puis survinrent des signes d'irritation intestinale et une diminution de la quantité d'urine. La peau devint le siége d'un prurit intense et d'une cuisson insupportable. A mesure que ces sensations acquéraient plus d'intensité, l'affection cutanée allait en s'améliorant.

L'auteur conclut sagement qu'un seul fait prouve peu, mais que, en présence de la résistance bien connue du psoriasis à tous les traitements habituels, il y a lieu d'essayer de nouveau un moyen qui lui a donné un succès.

Digitized by Google

L'auteur ne dit malheureusement pas combien de temps après le traitement il a revu la malade; c'est que, en effet, blanchir un psoriasique n'est rien, la difficulté est de le guérir définitivement.

(*Gazette médicale Lombarde.*)

TRAITEMENT DES EXANTHÈMES AIGUS PAR LA VENTILATION CONTINUE.

Le docteur Kiglemann se prononce résolûment en faveur de l'emploi de la libre ventilation maintenue jour et nuit dans les cas de scarlatine, de rougeole, de variole. La ventilation s'obtient en laissant ouvertes les portes et les fenêtres; il faut seulement que le malade soit à l'abri du courant d'air.

Kiglemann a traité de cette manière 500 cas de rougeole et 150 de scarlatine sans perdre un seul malade et sans avoir une seule complication de quelque importance. Un seul enfant, guéri d'une scarlatine, eut une néphrite, pour avoir été directement exposé à un courant d'air.

GALE TRANSMISE D'UN CHAT A L'HOMME.

Depuis 3 ans une division de l'hôpital de Florence présentait des cas de gale.

Malgré toutes les mesures prises, à peine la personne malade était-elle guérie qu'une autre était atteinte. Un jour le docteur Grilli, attaché à l'hôpital, vit passer dans l'infirmerie un chat dont la tête était couverte de croûtes; il apprit qu'un autre chat de la maison était dans le même état. L'éloignement des deux animaux mit fin à l'épidémie.

Il est fâcheux que l'examen direct des chats n'ait pas été fait, pour y trouver l'acarus.

(*Impartial de Florence.*)

Digitized by Google

FORMULE DE LA DÉCOCTION DE POLLINI TELLE QU'ELLE EST EMPLOYÉE A LA CLINIQUE SYPHILITIQUE DU TESSIN.

La formule donnée par Sangiorgio (*Storia del decotto del dott. pollini*, Milan 1814) est la suivante :

Salsepareille.....	aa 13 grammes.
Squine.....	
Pierre ponce.....	
Antimoine Anc....	

Ces deux derniers placés dans un sachet de toile.

Coquilles de noix	270 grammes.
Eau	4 kilogrammes.

On fait cuire le tout en vase clos pendant une demi-heure, puis, le sachet qui renferme la pierre ponce et l'antimoine étant enlevé, on achève de faire cuire jusqu'à réduction de moitié.

Cette décoction doit être pressée dans une toile de lin et non dans un papier à filtrer.

Sangiorgio prévient que ce n'est point le brou de noix mais la coquille qui doit être employée.

Toutes ces minuties et quelques autres qu'indique Sangiorgio ont peu d'importance et on ne voit pas en qu'elles peuvent ajouter à l'action du remède.

Scarenzio pense avec raison que ce qui rend efficace la décoction de Pollini, qui est encore un remède secret possédé actuellement par le docteur Gasparini, c'est l'addition d'une substance qu'il croit être un sel de cuivre. Aussi a-t-il coutume d'ajouter à chaque 750 grammes de la décoction ci-dessus 10 centigrammes de sulfate de cuivre ammoniacal ou une proportion moindre de bichlorure de cuivre ammoniacal.

(*Giornale italiano delle malattie veneree, etc.*)

Digitized by Google

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE PAR DES BOUGIES COMPOSÉES DE TANNIN ET DE GLYCÉRINE.

(Dr Shuster, médecin des eaux, à Aix-la-Chapelle.)

Quoique la blennorragie abandonnée à elle-même puisse guérir dans un délai de 5 à 7 semaines, tous les médecins pensent aujourd'hui que cette maladie doit être traitée. Il est naturel que les praticiens adoptent avec empressement toute méthode qui supprimerait l'écoulement en peu de temps. Mais jusqu'à présent les traitements dits abortifs n'ont pas trouvé beaucoup d'adhérents. Les injections caustiques guérissent quelquefois rapidement, mais elles sont très-douloureuses et provoquent souvent des inflammations du pénis, des hémorrhagies, de la fièvre, et il est prudent de s'en abstenir. Le traitement abortif doux de Reder (*pathalogie et traitement des maladies vénériennes*) durerait, suivant l'auteur, de 4 à 14 jours · c'est le repos absolu et un régime d'anachorète (lait, soupe à l'eau, pain-blanc), avec de petites doses de copahu ou d'extrait de matico, un décigramme par heure, et 4 ou 5 injections par jour d'une légère solution de sulfate de zinc. Mais Reder conseille la suspension du traitement et une intervention plus énergique, dès que les phénomènes inflammatoires augmentent ; de plus ce traitement ne peut, à cause du régime, être suivi que dans les hôpitaux et ne convient par conséquent qu'aux militaires.

Il y a quelques années, un médecin de Bordeaux a préconisé une espèce de savon composé de baume de copahu, de carbonate de soude et d'eau ; je m'en suis servi, mais sans aucun succès. Le traitement de Thomson mérite plus d'attention : il consiste en bougies faites avec du beurre de cacao et les astringents ordinaires ; on les introduit le soir et on les laisse séjourner pendant la nuit, après avoir

Digitized by Google

fermé le méat avec du sparadrap ; elles fondent aussitôt et ne provoquent pas de douleur ; je me suis surtout bien trouvé de l'incorporation de 0, 60 cent. de sous-nitrate de bismuth et 0, 60 cent. d'opium dans une bougie de beurre de cacao de cinq centimètres de long. Quoique la durée de l'écoulement n'ait été que rarement abrégée, les symptômes douloureux, tels que le ténesme et les érections, ont le plus souvent disparu ; mais l'occlusion du méat est ennuyeuse et difficile, le diachylon fond et le beurre tache le linge pendant la nuit et les pantalons pendant le jour ; de plus les médicaments n'agissent guère sur la partie inférieure du canal. Les bougies à l'opium ou à la belladone sont des sédatifs précieux.

Niemeyer recommande les injections de tannin à haute dose dans les uréthrites récentes ; l'idée d'associer le tannin et la glycérine m'a été suggérée par Martin de Berlin, qui se servait avec succès de ce mélange pour traiter le catarrhe utérin. Le tannin incorporé dans une petite quantité de glycérine donne une masse cireuse qui bientôt devient dure, brune et luisante ; la chaleur, surtout la chaleur humide, la rend liquide.

L'effet de ces petites bougies dépend de la durée de leur application et de l'état de la muqueuse : si l'inflammation est intense et l'écoulement abondant, la bougie provoque une sécrétion brune, sirupeuse, suivie bientôt de l'expulsion de morceaux blancs, caséeux ou laiteux (après un temps de 3 à 10 minutes) ; si l'application est plus longue, ce sont des membranes blanches, résultant de la combinaison du tannin avec le pus de la muqueuse ; quand on a enlevé la bougie, il y a un écoulement aqueux qui dure quelquefois plusieurs heures ; l'analyse chimique constate du reste la présence du tannin dans la sécrétion encore plusieurs heures après qu'on a enlevé la bougie. La cautérisation légère produite par le tannin provoque

Digitized by Google

rarement des douleurs; celles qui accompagnent quelquefois l'introduction de la bougie sont dues aux aspérités qu'elle présente; bien introduite, elle ne fait pas mal et on peut la laisser 5 ou 10 minutes à demeure sans que le malade souffre; s'il urine immédiatement après, il éprouve une légère sensation de cuisson; l'urine est floconneuse et troublée par le tannin. Si on laisse la bougie appliquée pendant une nuit, on trouve au matin dans le canal une masse dure comme des concrétions calcaires, qui peut entraîner tous les inconvénients de la présence d'un corps étranger: le gland est enflammé, gonflé, la miction difficile, quelquefois sanguinolente, le canal est induré. Un homme de 46 ans, qui se trouvait dans ce cas, eut des frissons violents; on butait avec la sonde sur des corps durs qui se laissaient facilement extraire. Dans deux autres cas, au lieu de concrétions, j'ai trouvé des masses blanches consistantes ayant à peu près la forme de la bougie. Ces concrétions sont sèches, poreuses, allongées; la pression du doigt suffit pour les réduire en poussière; brûlées sur une plaque de platine, elles ne laissent qu'un très-faible résidu, dans lequel il y a un peu de chlorure de sodium; elles ne contiennent ni urée, ni acide urique; elles sont formées par la combinaison du tannin avec le mucus et le pus. L'homme de 46 ans dont j'ai parlé avait une urethrite depuis plusieurs semaines, il n'avait suivi aucun traitement; la verge était tuméfiée, le méat boursouflé et l'écoulement purulent abondant. Après l'introduction (matin et soir) de quatre bougies de 3 centim. de long, l'écoulement disparut; mais deux jours après la posthite revint; après avoir extrait les concrétions, je lui fis faire pendant plusieurs jours des injections d'huile et lui donnai de la quinine à cause des frissons; la fièvre, le ténesme vésical, le gonflement disparurent; je prescrivis encore 4 bougies, une par jour pendant 5 minutes;

Digitized by Google

après les avoir enlevées, il devait soigneusement et complètement exprimer le liquide contenu dans le canal; le troisième jour il revint me voir : l'écoulement était très-faible; je lui donnai 20 grammes de copahu à prendre en trois jours; il se servit encore des deux bougies qui lui restaient, mais ne prit pas le copahu, parce que l'écoulement avait cessé.

L'expérience m'a prouvé que, dans les uréthrites récentes, l'application de deux bougies seulement, laissées chacune huit ou dix minutes à demeure, produit déjà une modification très-favorable de l'écoulement; on peut les faire suivre d'injections légèrement astringentes ou continuer leur emploi en donnant le copahu à l'intérieur; cette méthode donne une guérison bien plus rapide que les autres méthodes d'injections.

J'introduis moi-même les premières bougies et, d'après l'effet produit je prescris au malade combien de fois par jour il doit les introduire et combien de temps il doit les maintenir. Je n'ai vu survenir d'orchite chez aucun de mes malades (ils portaient tous des suspensoirs); je n'ai pas eu à combattre de cystite, ni d'enflammation du col ou de la prostate.

Je me sers de bougies de 7 à 8 centimètres de long, bien arrondies, surtout aux extrémités; elles se composent de tannin, de glycérine et d'opium (tannin 2 gr.; opium pulvérisé 0, 12 cent.; glycérine q. s.). Elles sont molles en été, dures et cassantes en hiver. Avant de les employer, il faut s'assurer qu'elles sont lisses et bien arrondies; il suffit de les plonger dans l'eau chaude pour pouvoir les polir entre les doigts; on ne peut pas les introduire sèches; elles se collent à la muqueuse; on les enduit d'huile ou de beurre de cacao, mais il vaut mieux les tremper dans l'eau chaude; elles doivent être conservées dans du papier huilé; la même bougie peut servir plusieurs fois.

Digitized by Google

L'auteur rapporte à l'appui cinq observations : dans la première le traitement a duré 18 jours à cause d'écarts de régime; dans le second cas, 7 jours (uréthrite récente légère) ; dans le troisième 10 jours; dans le quatrième, 25 jours (le malade avait eu des accidents inflammatoires dus à l'introduction maladroite des bougies); dans le cinquième, 12 jours.

(*Archiv fur Dermatologie und Syphilis*, 1870, n°2.)

Dr LORBER.

TRAITEMENT DU PHAGÉDÉNISME DES CHANCRES PAR LE CAMPHRE EN POUDRE, PAR LE DOCTEUR BAUDOIN.

Les succès obtenus par le docteur Netter, par l'emploi du camphre dans le traitement de la pourriture d'hôpital, ont engagé M. le docteur Baudoin, de Rennes, à employer le même remède dans le phagédénisme des chancres.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un chancre phagédénique à marche envahissante qui, depuis cinq semaines, résistait aux toniques, à la pommade au calomel et au nitrate d'argent. Les pansements, au nombre de quatre par jour, consistaient dans l'application sur l'ulcère d'une couche de poudre de camphre aussi épaisse que possible. Dès le lendemain de la première application, toute douleur avait cessé, l'inflammation était tombée, et des bourgeons charnus apparaissaient au milieu de la matière grise. Huit jours après, la plaie était complétement à la période de réparation.

Dans le second cas, les chancres étaient multiples, également phagédeniques, mais séparés entre eux par de la

Digitized by Google

peau saine. Leur début remontait à un mois. Une modification favorable fut obtenue dans l'espace de cinq jours, et la guérison était complète deux semaines après.

Chez un troisième malade, le chancre, traité à Paris depuis six semaines, était de la grandeur d'une pièce de cinq francs en argent, avec les caractères les plus tranchés de phagédénime, et, au bout de huit jours de traitement par la poudre de camphre, la transformation était telle, que non-seulement toute trace d'état pultacé avait disparu, mais encore le bourgeonnement s'est fait si rapidement que la plaie se trouvait réduite à de petites dimensions.

(*Gazette des Hôpitaux*, du 16 septembre 1871.)

Digitized by Google

CAS D'ANOSMIE SYPHILITIQUE,

Par M. MOLLIÈRE, interne des hôpitaux.

La malade qui fait le sujet de cette observation est une femme de trente-trois ans, exerçant la profession de repasseuse. Elle paraît jouir d'une assez bonne constitution; et, jusqu'au début des accidents que nous allons rapporter, la menstruation a toujours été très-régulière. Elle se présenta pour la première fois à l'hôpital de la Croix-Rousse, il y a quatre ans, avec une hémorrhagie abondante, se plaignant de douleurs assez vives dans les jointures, et particulièrement dans les membres supérieurs, enfin d'une céphalalgie intense. Au toucher on sentait un col volumineux, dur, entr'ouvert, avec saillie considérable de la lèvre antérieure. Elle disait alors avoir eu trois fausses couches, à trois mois, à cinq mois et à huit mois; son dernier enfant est né il a six ans. Une fois sa perte arrêtée, la malade quitta l'hôpital de la Croix-Rousse et rentra le 5 janvier 1869, dans le service de M. Létiévant, à l'Hôtel-Dieu, avec les symptômes suivants : céphalalgie intense, nausées, battements de cœur, douleurs s'irradiant suivant les branches des paires cervicales, douleurs qui s'exagèrent pendant la nuit. Dysphagie. Le sthétoscope, appliqué sur le cou pendant la déglutition des liquides, permettait d'entendre un gargouillement très-prononcé au niveau de la partie moyenne de cette région. Depuis quelque temps douleurs en ceinture. On remarque une sorte de dépression vers la base du thorax ; les cartilages des dernières côtes semblent avoir été portés en avant. Des mensurations, partant d'une apophyse épineuse dorsale pour aboutir à l'appendice

Digitized by Google

xyphoïde en passant par un même plan horizontal, donnent à droite trois centimètres de plus qu'à gauche. En mesurant de la fourchette sternale à l'union des cartilages avec les côtes, on voit que celles du côté gauche sont à trois centimètres plus bas ; elles sont donc abaissées. Cependant les mouvements respiratoires s'exécutent normalement. Du côté des organes génitaux nous retrouvons le même engorgement utérin ; le col est toujours très-gros ; les hémorrhagies sont toujours fréquentes. Enfin, la malade accuse une anesthésie complète du sens génital. Les rapports conjugaux sont devenus pour elle très-désagréables ; elle les évite le plus possible.

Du côté des organes des sens, nous trouvons une diminution considérable de l'acuité de la vue ; la papille gauche en particulier est déformée, on voit à son pourtour des dépôts irréguliers de pigment, les veines sont très-volumineuses, les artères très-petites.

L'oreille droite ne perçoit le son d'une montre qu'à une distance beaucoup moindre que l'oreille gauche.

J'en arrive à l'altération de l'odorat. La malade tout d'abord se plaint de ne plus percevoir aucune odeur.

Un flacon d'acide phénique, de teinture d'iode, de laudanum ne produisent absolument aucune sensation d'odeur.

L'acide acétique et l'ammoniaque, après de très-fortes inspirations, amènent un peu de douleur de cuisson, mais la malade ne sent pas de différence bien nette entre les deux liquides.

Un stylet, introduit pour titiller les fosses nasales, ne produit que très-peu de mouvements réflexes.

Le goût. — La malade déguste successivement de l'huile d'olive et de l'huile de foie de morue sans les pouvoir distinguer, et cependant elle reconnaît très-bien le fumet de deux vins rouges différents. Cette dégustation était faite les

Digitized by Google

yeux fermés, à plusieurs reprises, et pas une seule fois elle ne s'est trompée.

Voici maintenant ce que nous apprenons au point de vue des anamnestiques :

Et d'abord la malade fait remonter l'origine de ses maux à une chute qu'elle fit au mois d'août 1867, d'une hauteur de deux mètres environ. Elle tomba en arrière, et le coup porta sur la région occipitale. Elle ne reprit ses sens qu'au bout de trois heures et dut rester pendant plusieurs jours au lit. Pendant tout ce temps elle éprouvait une sorte de vertige en vertu duquel elle avait une tendance irrésistible à tomber en avant. C'est à partir de ce moment que sa vue a commencé à s'affaiblir, et le symptôme a toujours été depuis en s'accusant de plus en plus.

Mais en examinant de plus en plus les régions douloureuses, on voyait au niveau de la première pièce du sternum un gonflement assez notable de cet os. — Nous apprîmes alors que dix ans auparavant cette femme nourrit un enfant étranger, enfant extrêmement chétif, âgé de six mois quand on commença l'allaitement, et qui mourut peu de temps après. La mère de ce nourrisson était malade, et la nourrice se rappelle qu'elle évitait la position assise, qui lui était particulièrement douloureuse. Au bout de quelque temps de nourrissage, notre malade avait vu apparaître sur son mamelon une plaque ulcérée. Un médecin appelé lui ordonna des pilules, dont, par erreur, elle prit une vingtaine en une seule fois, ce qui lui procura une abondante salivation. Aucun autre accident ne se manifesta à partir de ce moment jusqu'au jour où la malade entra à l'hôpital. Un traitement ioduré fut institué : les douleurs diminuèrent, la tuméfaction sternale disparut, l'odorat revint complétement à l'état normal, et tous les autres symptômes s'effacèrent petit à petit ; la lésion oculaire ne fit plus aucun progrès.

Digitized by Google

L'année suivante, j'eus l'occasion de revoir cette malade, elle était dans un état très-satisfaisant : la lésion oculaire était restée stationnaire, le col utérin avait considérablement diminué, les hémorrhagies ne s'étaient pas reproduites, le sens génital était complétement revenu.

L'année suivante, les douleurs thoraciques et cerviciales reparurent et cédèrent très-rapidement au traitement ioduré. J'ai revu cette malade il y a trois jours : la vue n'a pas baissé, son odorat est resté parfaitement intact, mais la névralgie s'est quelque peu reproduite. Elle a mis au monde, il y a dix mois, un enfant très-bien portant. La montée de lait ne s'est pas faite du côté où siégeaient les douleurs, le lait au contraire est assez abondant à l'autre sein pour lui permettre d'allaiter son enfant.

Cette observation m'a semblé digne de remarque, non-seulement à cause de la rareté relative des cas d'anosmie, mais encore par la singularité des symptômes présentés par notre malade et l'extrême difficulté du diagnostic.

Nous avions ici deux causes à invoquer pour expliquer ces phénomènes : un traumatisme d'une part, d'une autre la syphilis. Les cas d'asnomie traumatique ne sont pas les plus rares, et c'est ordinairement à la suite des coups portant sur la région occipitale que l'on a vu naître cette paralysie ; d'un autre côté, l'anesthésie génitale, la tendance à se porter en avant, la sensation de vertige permettaient de croire à une lésion du cervelet ; des lésions secondaires auraient expliqué les douleurs en ceinture, les troubles de la motilité du thorax. Nous avions une diminution de l'ouïe, de l'ambliopie, des battements de cœur irréguliers avec de la dysphagie. Tous ces symptômes nous portaient à penser à une fracture plus ou mois oblique que la base du crâne, portant sur le rocher et le trou déchiré postérieur. Mais en faveur de la syphilis nous avons l'exostose sternale, que l'iodure fait disparaître en même temps que les autres

Digitized by Google

symptômes se dissipent. Nous avons enfin les anamnestiques, qui se rapportent très-bien à une syphilis transmise par un nourrisson. L'enfant était chétif, on ne le confie à une nourrice qu'au sixième mois, malgré cela il meurt. La mère est malade, elle évite la position assise. Enfin la nourrice voit apparaître une ulcération sur son sein, un chancre mammaire pour lequel on lui donne des pilules dont l'administration maladroite produit la salivation. Évidemment notre malade a eu la syphilis à cette époque; les fausses couches que nous avons notées en sont une nouvelle preuve, et c'est à une syphilis cérébrale, probablement à une périostite de la base du crâne qu'il faut rapporter tous les accidents.

Je ne puis non plus passer sous silence cet engorgement utérin, qui amenait des pertes considérables et s'accompagnait d'anesthésie génitale, qui disparut aussi sous l'influence de l'iodure de potassium, et dont l'interprétation est encore difficile à donner.

(*Lyon Médical.*)

Digitized by Google

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Giornale Italiano delle malattie veneree et delle malattie della pelle. Compilato et diretto dal Cav. Dott. G. B. Soresina. Milano 1871, n°s 5, 6, 7.

5. Scarenzio : Notes pratiques sur les maladies vénériennes.

Mora : Lettre sur la méthode du professeur Scarenzio pour le traitement de la syphilis constitutionnelle.

Soresina : Statistique de l'hôpital des vénériens de Milan.

Gamba : Statistique des maladies traitées au syphilicome de Turin.

Soresina : Note sur cette question.

Zombrozo : Pseudo-pellagre; myélite dans la pellagre; typhus pellagreux.

Casali : Eczéma impétigineux guéri par l'Acqua di Levico.

Fossati : Eczéma rubrum guéri par le même moyen.

6. Gamberini : Cas clinique d'eczéma.

Mora : Lettre sur la méthode du professeur Scarenzio, etc., suite.

Campana : Ostéopériostite gommeuse de la paroi orbitaire inférieure.

Scarenzio : Notes pratiques sur les maladies vénériennes.

Fossati : Traitement des affections cutanées par l'Acqua di Levico.

Digitized by Google

7. Campana : Études clinique
tiques.

Gritti : Gangrène par suite d
toires chez les enfants.

Giarré : Des injections hy
Levico dans les maladies cuta

Soresina : Note sur cette c

Parona : Eczéma impétigi
qua di Levico.

Lombroso : Tricoma cir

Cristina : Traitement de

Archiv für Dermatolog
docteurs H. Auspitz et J

4. A. Schmidt : Sur

Th. Simon : Mélang

A. Ljunggrén : Obs

A. Schmidt : Trait
sous-cutanées de sul

1. A. Gay : Contr

J. Neumann : Étu

Oser : Trois cas

A. Reder : Pér

Digitized by Google

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

DU BUBON MIXTE,

Par M. P. DIDAY.

En inscrivant un nouveau nom dans le vocabulaire syphiligraphique, je ne prétends en aucune façon aux honneurs de la découverte. Ce que je vais décrire, d'autres, très-certainement, l'ont déjà observé ; moi-même, sans doute, je m'étais rencontré plus d'une fois en face d'une semblable coïncidence, sans que mon attention eût été éveillée par ses causes, sa manifestation symptômatologique et ses conséquences. Je n'aurai donc, ici, d'autre mérite que d'énoncer ce que tout le monde a vu. Peut-être, cependant, jugera-t-on qu'il n'était pas inutile de le faire connaître plus explicitement ; de signaler dans le *bubon*, — où l'on voit, en général, un guide certain pour le diagnostic — l'insidieuse apparence qui peut quelquefois inspirer au praticien, faute de réflexion et surtout faute de

Digitized by Google

réserve, une fausse sécurité, toujours compromettante pour lui, sinon dangereuse pour le malade.

Observation. Un horloger, âgé de 32 ans, a eu, depuis 6 mois, de fréquents rapports, irrégulièrement espacés, avec des femmes de toutes sortes. Vers le 20 juin 1871, il aperçoit, sur le côté gauche du fourreau, tout près du reflet du prépuce, un ulcère qui s'agrandit assez rapidement. Un médecin consulté le traita, pendant un mois, uniquement par des cautérisations réitérées avec la pierre infernale et des pansements au vin aromatique.

Trois semaines environ après le commencement du chancre, dit le malade, un engorgement se déclara à l'aine gauche. On le traita par les cataplasmes émollients et les pommades fondantes. Enfin, la tumeur devenant de plus en plus volumineuse, rouge, douloureuse, une réaction fébrile intense l'accompagnant, le malade se décida à demander mes conseils, bien que, à ce moment, l'ulcère, qui avait pendant quinze jours affecté la forme phagédénique, eût une tendance marquée vers la guérison.

Lorsque je vis pour la première fois ce malade, le 20 juillet 1871, l'engorgement de l'aine gauche offrait tous les caractères du bubon suite de chancre simple, en termes plus exacts de l'adénite chancrelleuse, que, jadis, on avait si improprement nommée bubon *virulent*. La tumeur, du volume d'un œuf de poule coupé par le milieu selon sa longueur, était adhérente aux parties profondes, adhérente aussi à la peau, qui avait déjà rougi au sommet, et très-sensible au toucher. — Il n'existe aucun engorgement ganglionnaire du côté droit.

Mon attention, exclusivement attirée par le client sur son incommodité la plus douloureuse, sur le bubon, ne se fixa point assez, je le confesse, sur l'ulcère de la verge, qui,

Digitized by Google

d'ailleurs, me parut offrir l'aspect d'un chancre simple, d'une chancrelle, en voie avancée de réparation. Mais, je le répète, cédant à la première impression, je diagnostiquai l'ulcère pénien, surtout d'après l'aspect du bubon, et me mis en devoir de traiter celui-ci, sans plus songer à la nature de celui-là.

La ponction, pratiquée immédiatement, donna issue à un pus bien lié, mêlé de stries sanguinolentes. Malgré l'évacuation, faite aussi complétement que possible, du foyer, la tumeur ne disparut pas entièrement, sans qu'il y eût là, d'ailleurs, rien qui différât de ce qui a ordinairement lieu en cas semblable. — Pansement de l'ulcère de la verge avec une solution au trentième de nitrate d'argent.

Les suites furent celles de l'adénite chancrelleuse. Au bout de trois jours, douleur très-vive à la peau — phénomène assez fréquent, que j'ai signalé comme répondant à l'inoculation de la surface incisée — puis ulcération spécifique de la plaie d'incision; sécrétion séro-sanguinolente et sensibilité extrême du foyer. J'y fis, dès lors, pratiquer, trois fois par jour une injection avec la solution de nitrate d'argent. Au bout de dix jours, un nouveau point fluctuant apparut, à trois centimètres en dehors de la plaie. Je l'incisai de bonne heure et y pratiquai les mêmes injections.

Le malade, dès le troisième jour, avait pu et voulu reprendre ses occupations. Je le prévins que, en se conduisant ainsi, il guérirait, mais guérirait plus lentement. En effet, les mouvements de la marche déterminaient assez souvent du saignement, indice d'une petite déchirure, d'où résultait chaque fois un agrandissement de la surface chancrellée, et un retard correspondant de la cicatrisation.

Néanmoins, grâce à la régularité avec laquelle il s'injectait, le malade finit par voir ses deux foyers perdre l'aspect chancrelleux. Son ulcère pénien était guéri depuis plus d'un mois et j'avais cessé mes visites depuis quinze jours,

Digitized by Google

lorsque, le 14 septembre, près de trois mois après le début de l'ulcère primitif, il me pria d'aller le voir.

Je l'examinai, et, à ma grande surprise, il faut l'avouer, je constatai une éruption roséolique sur l'abdomen et les avant-bras; quelques papules cuivrées sur la verge; trois croûtes du cuir chevelu, avec engorgement modéré des ganglions cervicaux postérieurs; enfin, deux ou trois plaques muqueuses superficielles du bord droit de la langue : tous symptômes caractéristiques de la syphilis, qui, d'après le dire du malade, fort attentif et fort soigneux, n'existaient pas depuis plus de dix ou douze jours.

Mon attention se porta alors sur le siége de l'ulcère pénien et sur celui des bubons. La cicatrice de l'ulcère était solide, d'une couleur un peu bistrée, et en la pressant entre deux doigts, j'y reconnus une consistance légèrement parcheminée.

Quant à l'aine gauche, les deux foyers, rapprochés l'un de l'autre, encore ouverts, suppuraient un peu; mais avaient perdu complétement l'apparence chancrelleuse. Je palpai soigneusement l'engorgement qui leur servait de base. A ce moment, en effet, l'inflammation du tissu périganglionnaire s'était dissipée, et je pouvais me rendre un compte exact de la situation, du volume et du nombre des ganglions affectés. Eh bien! je ne trouvai absolument que deux petites tumeurs, distantes l'une de l'autre, comme je l'ai dit, de trois centimètres; ayant toutes les deux l'ouverture du foyer à leur centre; et ni autour ni au-dessous de ces deux tumeurs bien circonscrites, aucun autre engorgement n'était perceptible. L'aine droite, ainsi que je l'ai déjà constaté, était complétement indemne.

Je conclus : puisqu'il n'existait aux aines aucun autre engorgement ganglionnaire, et puisque, en principe, la syphilis qui a débuté par un chancre de la verge, s'accompagne immanquablement d'engorgements ganglionnaires

Digitized by Google

inguinaux indurés, il est certain que c'est dans les mêmes ganglions que s'est passé et le travail de suppuration spécifique, et celui d'induration qui a eu lieu ensuite dans leur tissu altéré.

« Mais pourquoi dites-vous : suppuration d'abord, induration ensuite? pourrait-on m'objecter. Pourquoi l'induration, dans les ganglions aussi bien que dans l'ulcère de la verge, n'aurait-elle pas précédé la suppuration? Êtes-vous en mesure de le distinguer, puisque vous n'avez vu, à leur début, ni l'ulcère de la verge, ni l'engorgement ganglionnaire de l'aine? »

Suppuration, puis induration, répondrais-je. Je l'affirme sans hésiter, me fondant sur la durée qu'a eue, chez ce malade, la période d'incubation des symptômes généraux de la syphilis.

On sait, en effet, que cette incubation est d'environ six semaines à partir du début du chancre. Or, du 20 juin, début de l'ulcère primitif, au 3 septembre, jour où il s'est aperçu de la roséole, il s'est écoulé soixante-quinze jours, laps de temps d'une longueur tout à fait insolite pour la vérole qui accompagne un chancre infectant régulier, non mixte. Admettons, au contraire, que l'ulcère a été d'abord chancrelleux, puis que, plus tard, l'induration (dont l'incubation, comme on sait, est toujours plus longue que celle de la chancrelle) s'y soit manifestée; alors tout s'explique selon les usages de l'évolution de la syphilis ; usages (j'évite de prononcer le mot *lois*) dont on ne voit guère cette maladie s'écarter. Soit, par exemple, vingt ou vingt-cinq jours, à partir du 20 juin pour l'incubation du chancre ultérieurement greffé sur la chancrelle, ce qui porte le début de ce chancre au 10 ou 15 juillet; puis cinquante jours pour l'incubation des symptômes dits constitutionnels, ce qui porte le début de ceux-ci vers le 1er ou le 5 septembre, époque où, en réalité, ils se sont manifestés.

Digitized by Google

Si j'ai insisté sur l'ordre dans lequel ont eu lieu, chez mon client, les deux processus dont l'ensemble constitue le *bubon mixte*, ce n'est point sans intention. Le bubon mixte, en effet, n'a rien, en fait de caractères, qui lui appartienne en propre. Il suit absolument le sort du chancre mixte, d'où il tire son origine. Or, de même qu'un ulcère peut devenir mixte, soit par greffe de chancre sur chancrelle, soit par greffe de chancrelle sur chancre, de même, dans les conditions correspondantes à l'un ou à l'autre de ces deux cas, un ganglion lymphatique pourra recevoir, soit l'ulcération chancrelleuse sur l'induration, soit l'induration sur l'ulcération chancrelleuse.

Le sujet dont je viens de raconter l'histoire a offert l'exemple de la deuxième de ces deux évolutions. C'est le cas, remarquons-le, dont le diagnostic engendre le plus de chances de méprise. Assistât-on même au cours entier de la maladie, il serait fort difficile, si l'on n'examinait que l'aine, de distinguer, dans le ganglion frappé de l'inflammation intense que suscite le processus chancrelleux, d'y distinguer, dis-je, un autre processus concomitant, moins ostensible, celui de l'induration. Aussi la coexistence des deux lésions, — qui peut, qui doit être présumée d'après l'existence du chancre mixte des organes génitaux,—passera-t-elle le plus souvent inaperçue aux yeux de l'observateur qui ne tiendrait compte que de l'état du ganglion.

Il en serait tout autrement dans le cas, à la vérité plus rare, où une chancrelle s'étant greffée sur un chancre, le travail d'induration précéderait, dans le ganglion, le travail ulcératif. Ici, l'un des deux éléments morbides dont est formé le bubon mixte existerait, pendant un certain temps, isolé, sans être masqué par l'autre et sans le masquer; et on serait, par conséquent, moins exposé à une erreur de diagnostic.

Je viens d'exposer ce qu'il semble le plus naturel d'ad-

Digitized by Google

mettre, c'est-à-dire chacune des deux lésions, chancrelle et induration, se reproduisant, au ganglion, dans l'ordre où elles se sont produites à l'ulcère tégumentaire. Mais la clinique donne de fréquents démentis à ces prévisions. Assez souvent l'adénopathie indurée ne se manifeste que plusieurs semaines après le début du chancre infectant. Plus longue encore est la période pendant laquelle le bubon chancrelleux peut naître comme conséquence d'une chancrelle; car il est d'observation que parfois cette adénite ne commence à paraître que lorsque la chancrelle vient de se cicatriser, alors que le malade se croyait, par conséquent, à l'abri de toute complication du côté de l'aine. Aussi ces retards apportent-ils dans la détermination que j'esquissais tout à l'heure, des causes d'irrégularité qui empêcheront souvent de tirer, dans la pratique, tout le parti possible des règles qui, en théorie, semblaient les plus propres à prévenir la méprise.

La méprise..... en quoi consiste-t-elle ? Quelles en sont les conséquences? Double question qu'il faut maintenant éclairer à la lumière des découvertes modernes.

Depuis qu'on sait que le chancre seul, et non la blennorrhagie, peut être suivi des symptômes de la syphilis, il n'est pas de chancreux qui ne pose à son docteur, et dès le premier jour, et sous la forme la plus impérative, cette question pour lui capitale : « Aurai-je la vérole ? »

A cette demande, plusieurs praticiens n'hésitent point à répondre, catégoriquement aussi, et dès la première visite : « Votre chancre est mou, vous n'aurez pas la vérole» ; ou : « Votre chancre est induré, vous aurez la vérole. »

Or, ce pronostic est parfois démenti par l'événement. Pourquoi? Cela veut-il dire qu'un chancre mou, qu'une chancrelle puisse être l'origine de la vérole ? Non, assurément : cela signifie seulement qu'on s'expose à errer dans le diagnostic quand on veut le porter trop tôt ; que tel ul-

Digitized by Google

cère qui, d'abord, paraît, qui, est d'abord en réalité, *chancrelle* et n'est que *chancrelle*, peut se doubler, plus tard, de chancre infectant: c'est le chancre mixte.

Chose assez curieuse, l'homme à qui on a le plus reproché d'avoir attribué à tous les chancres une même origine, Ricord, sans connaître le chancre mixte, avait déjà prémuni les praticiens contre les méprises de ce genre. Que de fois, dès 1838, pressé par nous de s'expliquer sur ce point, il nous répétait, dans ses entretiens si instructifs, au lit du malade : « Je vous en prie, messieurs, ne me faites pas dire que le chancre mou ne produit pas la vérole : tout ce que je dis, tout ce que j'affirme, c'est que le chancre induré la produit toujours, à coup sûr ! »

Qui inspirait à notre maître cette sage réserve ? Évidemment le souvenir de chancres qu'il avait vus et jugés mous, mais qui plus tard s'étant, hors de sa présence, doublés de chancre induré, avaient été suivis de vérole. — Je le répète, Ricord ignorait le chancre mixte ; et cependant la vérité qu'il nous enseignait, il l'enseignait d'après la notion du chancre mixte. Donc si notre Rollet peut à bon droit s'en appeler le père et le parrain, Ricord n'en fut-il pas le précurseur ?

Je parle de chancre mixte, et j'oublie la grande objection qu'on lui oppose ; objection qui semble à MM. les unitéistes tellement péremptoire qu'ils se dispensent d'en chercher d'autres. « Votre chancre mixte expliquerait tout on ne peut plus logiquement, nous disent-ils. Avec lui, on comprendrait fort bien comment la vérole peut, dans quelques cas, avoir eu pour antécédent un chancre mou. Mais.... et c'est vraiment dommage, daignent-ils ajouter, quel fond voulez-vous qu'on fasse sur un chancre *mulet ?* »

Mulet, tant que vous voudrez, bien que celui-ci n'ait été, ce me semble, rien moins qu'improductif. En fait de bêtes de somme comme en fait d'argumentateurs, chacun son

Digitized by Google

goût, sans doute. Pour moi, messieurs les unitéistes, s'il me fallait choisir dans la série des solipèdes, assurément j'aimerais mieux encore être mulet que... Ah! ne me forcez pas à dire le mot, et jouissez en silence (c'est le seul bonheur auquel vous me paraissiez sensibles) de la confusion apparente que l'intronisation du chancre mixte a un instant apportée dans nos déterminations cliniques.

Il faut l'avouer en effet, si avec le chancre mixte on a réalisé une possession plus complète de la vérité étiologique, le pronostic, au contraire, y a perdu une partie de la précision dont il se targuait jadis. Un client se présente porteur d'un ulcère tout récent. « C'est une chancrelle », lui dites-vous sans hésiter. Mais il insiste et veut connaître son sort. Eh bien! tandis que, autrefois, vous lui disiez avec la même certitude : « Vous serez exempt de vérole », maintenant, vous n'êtes plus autorisé qu'à lui répondre : « Ce chancre-là, tel qu'il est, ne vous la donnera certainement pas : mais peut-être va-t-il changer de nature; et pendant vingt-cinq ou trente jours encore, au minimum, il m'est impossible de vous garantir que ce changement n'aura pas lieu. »

Ce langage, que nous dicte la force des choses, n'est point du tout, remarquons-le, une abdication de la doctrine dualiste, un aveu que les deux espèces de chancres puissent être suivis de vérole. Et la preuve c'est que, si le client n'est pas chronologiquement en mesure de voir un chancre se greffer sur sa chancrelle ; si, par exemple, au moment où il vous consulte pour celle-ci, il n'avait pas vu de femme depuis deux mois, vous pouvez — et je vous engage à le faire — lui promettre en toute assurance qu'il n'aura pas de vérole.

Néanmoins, en l'état actuel des mœurs, — et du bureau des mœurs, — cette condition de sécurité devenant de plus en plus rare, il y a, j'en conviens, quelque chose de pé-

Digitized by Google

nible à voir le pronostic dépouillé de l'un de ses éléments de précision. « Si l'ancienne dichotomie *chancre et chancrelle* était une erreur, entend-on murmurer au banc des anciens, n'était-ce pas une erreur plus commode que la vérité nouvelle ? »

Or, quand il y fallut renoncer, au moins avait-on compté, comme guide moins trompeur, sur l'indice que fournit l'aine. « Le bubon nous reste, disait-on ; avec lui, pas d'équivoque. S'indure-t-il ? La vérole est là, sans faute. S'ulcère-t-il au contraire ? C'est un gage non moins certain d'immunité future. »

Eh bien ! c'est là une illusion qui s'est encore dissipée. D'abord les chancrelles n'étant suivies qu'une fois sur dix-sept (1) de bubon suppuré spécifique, le guide qu'on invoque fera assez souvent défaut. — Puis, le bubon mixte, nous le savons maintenant, existe, est une réalité, comme le chancre mixte. Il est même plus capable que lui de donner lieu à une méprise; car, tandis que, dans le chancre mixte, les deux éléments, chancre et chancrelle, sont à découvert, se laissent par conséquent percevoir, apprécier, chacun sous son aspect et avec sa nature propre, dans le bubon mixte, au contraire, la tuméfaction inflammatoire, toujours intense et durable, masque complétement et longtemps l'élément induré, dans le cas où celui-ci n'a apparu dans le ganglion qu'après l'élément chancrelleux, cas qui est le plus fréquent.

La conclusion à tirer de tout ceci a son importance, et je me permettrai de la formuler en un conseil à mes jeunes confrères : quand un client vous consulte pour une chancrelle récente, comme vous ne pouvez point être sûr qu'il

(1) Dans ma clientèle, en dix-neuf mois (de juillet 1868 à février 1870), je n'ai compté que 10 bubons diacrelleux sur 174 chancrelles.

Digitized by Google

n'ait pas, précédemment, vu une femme en temps utile pour contracter un chancre, ne lui promettez jamais, quelque simple que vous paraisse l'ulcère actuel, qu'il n'y a pas à craindre de syphilis; sans être fréquente, l'erreur ici est toujours possible, et elle ne serait sans danger ni pour le client, ni pour vous.

Pour lui, passer de la sécurité complète à la certitude d'un mal affreux, est deux fois pire que d'avoir été frappé d'emblée de ce mal. Désormais il n'aura plus en vous, en la médecine, qu'une confiance ébranlée par ce mécompte, incapable par conséquent de lui donner le calme moral si nécessaire pour traverser les longues épreuves de la syphilis. Enfin, il se jugera d'autant plus à plaindre qu'il se figure avoir perdu, pour le traitement de sa syphilis, un temps précieux, un temps où, selon lui, il aurait été possible d'en prévenir les effets par une médication appropriée.

Or, ce dommage qu'il croit avoir subi, il l'a subi par votre faute. A quel désespoir, à quelles extrémités peut porter une semblable conviction ! Si vous voulez le comprendre, écoutez la lettre suivante que j'ai reçue, il y a un mois, datée et signée :

« Monsieur, vous m'avez traité, il y a deux ans, d'un chancre que je venais de prendre d'une femme publique. Vous m'avez dit que ce n'était rien, que je n'aurais rien à craindre pour l'avenir. Je vous ai cru ; je n'ai rien fait que brûler le chancre ; et deux mois après j'étais couvert de boutons par tout le corps. Voyant que vous m'aviez trompé, vous qu'on dit si savant, je n'ai plus eu confiance à la médecine, j'ai vu des pharmaciens qui m'ont ruiné le corps et la bourse. Dans l'état où je suis aujourd'hui, sans espoir de guérir d'une maladie que vous auriez pu arrêter aisément si vous l'aviez prise à temps, je n'ai plus de pensée qu'au

Digitized by Google

suicide. Je m'y décide donc ; mais auparavant je vous ferai payer de votre vie le sort que vous m'avez fait ! »

Messieurs, quelque habitué qu'on puisse être aux allures des syphiliphobes, on ne dort pas toujours fort tranquillement la nuit qui suit le dépouillement d'une pareille correspondance. Et l'on est d'autant plus impressionné que, avec un peu plus d'attention, en usant de la réserve qui, dans ces cas, est obligatoire, on pouvait épargner à ce malheureux de cruels tourments, à soi-même une préoccupation qui pourrait bien n'être pas entièrement imaginaire.

Ce n'est pas là, d'ailleurs, la seule occasion où les conceptions exagérées, inexactes des clients m'aient créé une situation pareille ; et chacun de mes estimés collègues en spécialité pourrait raconter quelques exemples analogues. C'est ainsi, messieurs, que nous payons notre bonheur si envié de quelques-uns de nos confrères. Oui, certes, la pratique des maladies vénériennes est faite pour contenter les esprits les plus difficiles en fait de jouissances intellectuelles et morales. Le sujet de notre étude tombe sous les sens : nous le voyons, nous le touchons, nous pouvons en suivre, en prévoir, en prédire les phases, les retours, la gravité, la terminaison ; nous fournissons à l'hygiène publique, à la justice, aux familles, les notions les plus positives et les plus précieuses ; à chaque instant, par un seul mot, il nous est donné de ramener le calme dans un ménage, la sécurité dans une âme en proie aux plus sombres terreurs. Professionnellement, nous ignorons les fatigues, l'insomnie, l'angoisse qu'engendre le traitement des maladies ordinaires ; et le beau idéal de tout praticien — une clientèle de cabinet — est notre lot toujours assuré, le plus souvent fructueux. Mais, vous venez de le voir, même sous le fruit d'or se cache l'insecte venimeux ; et je ne rougis point, je ne regretterai pas de vous avoir

Digitized by Google

conté l'histoire de l'une de ses plus douloureuses piqûres, si le souvenir de cet accident sert à mieux graver dans nos esprits à tous le précepte de circonspection dans le pronostic, dont je viens de vous signaler et la justesse et l'importance (1).

(1) Lu à la société de médecine de Lyon.

Digitized by Google

DE LA DARTRE

PAR M. CHARPY

Interne des hôpitaux de Lyon

DE LA DARTRE AU POINT DE VUE DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

(1er article)

On doit avoir de tout temps discuté sur la dartre; et bien évidemment, si j'ouvrais Hippocrate, j'y verrais une description de l'eczéma et du psoriasis. Mais, sans remonter au déluge, où trouver un exposé quelque peu intelligible de la nature de ces deux maladies? Combien parlent depuis longtemps sur l'eczéma et ne nous font pas grâce d'une vésicule, qui seraient fort embarrassés à cette simple question : qu'est-ce que c'est qu'un eczéma et qu'une vésicule ?

Loin de moi la prétention de résoudre ce difficile problème. Mais enfin, j'ai pensé qu'il fallait avant tout définir ces affections cutanées : là doit être le point de départ de toute discussion. Le terrain étant neuf, j'espère qu'on me tiendra compte et de mes efforts et des difficultés du sujet.

Dans un premier article, j'exposerai l'anatomie pathologique du psoriasis et de l'eczéma, les deux incarnations de la dartre; dans un second article, j'entreprendrai le parallèle de ces dermatoses, je remonterai à leur cause génératrice, et, les comparant aux autres affections de l'organisme, j'essayerai de fixer leur place dans la pathologie humaine.

Digitized by Google

Je déclare d'avance que toutes les préparations micrographiques qui vont servir à ma description sont déposées à la clinique de l'Antiquaille; leur étude et leur interprétation sont livrées à qui voudra les voir.

1° ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU PSORIASIS.

Quand on examine au microscope une coupe de psoriasis, le premier point qui frappe la vue, c'est l'infiltration des papilles par un tissu conjonctif adulte, et la première idée de l'observateur est de définir ainsi la lésion : une dermatite scléreuse. Mais si l'on regarde plus attentivement, de nouveaux détails font surgir de nouvelles idées. Pl.2, fig.1.

La couche cornée est d'une épaisseur considérable ; on pouvait le prévoir, puisque c'est elle qui forme la squame. — Le corps muqueux a doublé de volume; il mesure en moyenne 0^{mm}, 050 au sommet des papilles, et 0^{mm}, 150 entre les papilles. — Le derme est aussi lésé. Le sommet de la papille s'est criblé de cellules, dont quelques-unes sont embryonnaires, mais qui pour la plupart sont arrivées à un terme complet de développement. De ce point central descendent des faisceaux conjonctifs qui aboutissent à une zone fibreuse dans un état plus ou moins marqué de néoformation.

Où est le point de départ de la lésion?

Serait-ce cette zone fibreuse qui, entrant en prolifération, propagerait la lésion au sommet des papilles, et de là retentirait sur l'épithélium de revêtement? Serait-ce en un mot une dermatite scléreuse primitive?

Or déjà cette idée doit être abandonnée, si l'on considère: 1° que cette zone fibreuse ne montre qu'un état d'irritation peu avancé, et constitue un point d'épuisement et non un foyer de lésion ; 2° que cette même zone fibreuse n'est nullement l'atmosphère ambiante des vaisseaux; elle leur

Digitized by Google

est sus-jacente; et de plus la gaîne adventice des vaisseaux est restée saine, tandis que dans les inflammations conjonctives, elle est le premier et le plus puissant foyer de la phlegmasie. — Ce n'est donc pas une dermatite scléreuse.

Reportons-nous maintenant au système épithélial et surtout au corps muqueux, le générateur de ce système. Nous avons déjà dit qu'il avait doublé de volume. Examinons-le dans ses deux points : interpapillaire et sus-papillaire.

1° Le corps muqueux qui *sépare deux papilles* l'une de l'autre, étant le plus abondant, est celui qui crée le plus d'épithélium nouveau. D'une part il se forme à sa surface des couches cornées toujours plus hautes que celles qui recouvrent les papilles; et, d'autre part, dans sa profondeur, il s'est enfoncé dans le derme, en sorte que si la papille a doublé de hauteur, ce n'est pas parce que son stroma fibreux s'est élevé une fois plus haut, mais c'est parce que son mur d'épithélium s'est abaissé une fois plus bas. En dernier terme, l'allongement des papilles n'est qu'un fait apparent.

2° Le corps muqueux qui *revêt les papilles*, étant moins considérable, produit des couches cornées moins épaisses; mais comme il repose sur un tissu plus vulnérable, la papille, il retentit sur elle, et gagne en formation conjonctive ce qu'il perd en formation épithéliale. C'est donc le corps muqueux qui communique à la papille son irritation; il en est de même dans toutes les irritations parties de la couche de Malpighi, et cette sclérose légère se rencontre au même degré dans les prurigo anciens. Du sommet de la papille, l'irritation descend à la base et va s'épuiser dans la zone fibreuse dont nous avons déjà parlé. Nous nous expliquons ainsi comment les gaînes des glandes et des vaisseaux échappent à la lésion, puisqu'elle est trop éloignée ou trop amortie pour retentir sur elles ; et comment, au contraire, les parois épithéliales des poils ont doublé de volume, puisque

Digitized by Google

leur épithélium se continue avec celui du corps muqueux.

L'altération s'est donc ainsi irradiée à la surface et à la profondeur. Qu'est devenue la zone pigmentée? Elle est souvent repoussée au milieu même de la masse épithéliale, et non plus confinée aux bords. Par le fait de l'irritation de la couche de Malpighi, elle peut momentanément s'accroître, et produire ainsi cette coloration brunâtre qui est un des derniers vestiges des plaques psoriasiques.

Quant à la teinte rouge sous-jacente aux squames, elle est le fait d'une simple hyperhémie vasculaire; cette hyperhémie elle-même est provoquée par le travail morbide du corps muqueux, *ubi stimulus, ibi fluxus*. Le système épithélial de la peau, semblable en cela à celui de la cornée (kéralite centrale), à celui des muqueuses (épithélioma), est d'emblée le premier point de la lésion; puis, soit par phénomène réflexe, soit plutôt à cause de la suractivité dans le travail de ses cellules, il provoque l'hyperhémie de son district vasculaire, et se crée ainsi une source plus vive d'alimentation.

Résumons les notions acquises :

1° Le psoriasis est une lésion primitive (hypergénèse) du tissu épithélial tégumentaire avec retentissement secondaire et léger (sclérose) sur le tissu conjonctif.

2° Les appareils glandulaire, vasculaire et nerveux échappent presque complétement à la lésion.

2° ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ECZÉMA.

Nous venons de voir une lésion épithéliale; la scène change, et c'est dans une altération conjonctive que nous devrons chercher la cause de l'eczéma. Quelle que soit la forme sous laquelle l'eczéma se manifeste, c'est toujours une dermatite. — Suivons donc la lésion depuis son foyer premier jusque dans ses irradiations les plus lointaines.

Digitized by Google

Centre de la néoformation. — Or, le foyer générateur de tout le travail morbide n'est autre que cette bande de tissu conjonctif qui court sous la peau à la base des papilles, et qui est représenté en A. Ce n'est plus la bande de sclérose de psoriasis; c'est une couche moins superficielle, c'est l'atmosphère où s'épanouissent les vaisseaux. Deux causes concourent à faire de cette zone conjonctive le point d'élection de l'inflammation : 1° elle n'est plus, comme les régions profondes, formée de travées épaisses et fasciculées; c'est au contraire un lacis de cellules conjonctives susceptibles de répondre à une irritation ; 2° elle contient dans ses mailles les plexus vasculaires et nerveux de la peau; c'est le rendez-vous de tous ces nerfs et de tous ces vaisseaux qui s'étalent, s'anastomosent, et se perdent en gerbe dans les papilles.

On voit, d'après la figure 2, pl. 2, que c'est en effet au point A que sont accumulées les cellules de nouvelle formation ; la première zone vasculaire frappée envoie des cercles excentriques de prolifération conjonctive.

De là, le travail morbide s'irradie en deux directions opposées :

1° *Irradiation vers la couche profonde.* — La couche profonde est envahie et les travées proliférantes repassent à l'état embryonnaire; mais par le fait de la rareté des vaisseaux et de l'organisation fibreuse des travées, le travail est moins intense que dans les couches superficielles. Loin d'arriver à une exsudation de sérum ou de leucocythes, ces cellules nouvelles suivent l'évolution conjonctive et aboutissent à des faisceaux fibreux. Cette sclérose profonde, susceptible de persister un temps indéfini, constitue la forme lichénoide de certains eczémas.

2° *Irradiation vers la couche superficielle.* — La néoformation, partie de la zone horizontale A, monte vers les papilles; elle y est conduite, soit par les anastomoses des

Digitized by Google

cellules conjonctives, soit surtout par la gaîne des vaisseaux. La papille, à son tour, se remplit de cellules embryonnaires; quelquefois elle s'élargit; le plus souvent, par le fait de la loi générale d'expansion excentrique, elle s'allonge, s'effile et double en hauteur (0mm, 250). De cette tension de la papille à sa pointe, résulte l'amincissement de l'épithélium, qui revêt le sommet du cône.

Le travail morbide est en pleine activité: de toute part il cerne l'épithélium, et dans sa marche ascendante il presse les couches profondes du corps muqueux dont il aiguillonne la nutrition; c'est surtout sur la couche malpighienne inter-papillaire que retentit l'irritation. Les sucs nutritifs affluent des vaisseaux; les éléments épithéliaux s'en enrichissent et s'hyperplasient, l'épiderme augmente. Le liquide affluant toujours et se condensant au centre même du corps muqueux inter-papillaire, les cellules de ce centre collecteur se gonflent, s'infiltrent, et par le fait de cette surcharge séreuse distendent leurs parois amincies. Tel est le rudiment de la *vésicule*. — Puis les éléments se rompent, et il se forme des alvéoles qui contiennent du sérum albumineux et des leucocythes sécrétés par les cellules ou échappés, émigrés des vaisseaux dermiques; la pression excentrique du liquide, en refoulant la couche épithéliale périphérique, lui a donné l'aspect d'un feuillet corné qui sert de barrière et de limite à la masse liquide et centrale. Enfin, les couches supérieures de l'épiderme, infiltrées et soulevées par le liquide, se désagrégent et se rompent, et il reste un cul-de-sac qui peut fournir pendant un temps variable du sérum, des leucocythes et de l'épithélium.

Cette suractivité, cette néoplasie épithéliale n'est que passagère; l'épithélium infiltré se desquame et tombe : l'aboutissant de la lésion, c'est l'atrophie de l'épiderme.

La figure 3, pl. 2, représente tous les degrés de développement d'une *vésicule*.

Digitized by Google

Il résulte de là deux notions capitales :

1° La *vésicule* n'est ni une lésion des glandes sudoripares, ni une infiltration séreuse du derme; c'est une accumulation de liquide dans le corps muqueux inter-papillaire. Ce liquide, issu des vaisseaux dermiques sous-jacents, a été puisé et absorbé par les cellules épithéliales qui s'en sont gorgées jusqu'à l'hydropisie.— Rupture des cellules et formation des alvéoles : telle est la première phase. Rupture des alvéoles et formation de la vésicule : telle est la seconde.

2° La vésicule n'est nullement la caractéristique de l'eczéma. Ce n'est qu'un phénomène secondaire et passager d'une lésion elle-même secondaire et passagère (lésion de l'épiderme). Pour peu que l'hyperplasie l'emporte sur l'hypérosmose séreuse, on aura une papule et non une vésicule. Enfin on peut n'avoir ni vésicule, ni papule comme dans le pityriasis rubra, ce catarrhe sec de la peau.

Que deviennent les glandes?.. — Longtemps on leur a fait jouer un rôle prépondérant dans la lésion. Or, ce rôle est bien effacé. La gaîne fibreuse est envahie la première (on devait le prévoir, puisqu'il s'agit d'une affection du système conjonctif), et ses couches circulaires proliférantes lui donnent l'aspect d'un turban étoilé. Secondairement, la gaîne épithéliale est atteinte et, par le fait de l'irritation, donne naissance à de jeunes cellules épithéliales qui comblent la lumière du canal central. Si la résolution ne se fait pas, les couches conjonctives se sclérosent et, étouffant la glande, l'atrophient pour toujours.— Cette marche est la même pour les glandes sudoripares, les follicules pileux et les glandes sébacées.

Les premières sont représentées au centre de la figure ; les deuxièmes, à droite ; et les glandes sébacées à gauche. Fig. 4, pl. 2.

Digitized by Google

Digitized by Google

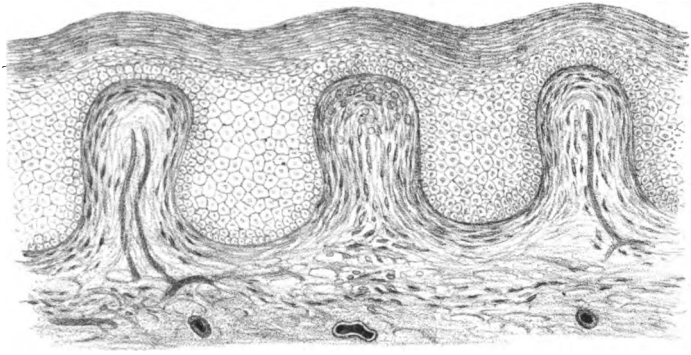


Fig. 1.

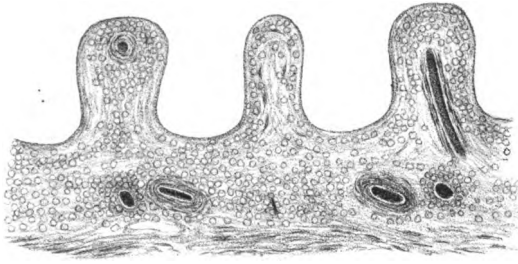


Fig. 2.

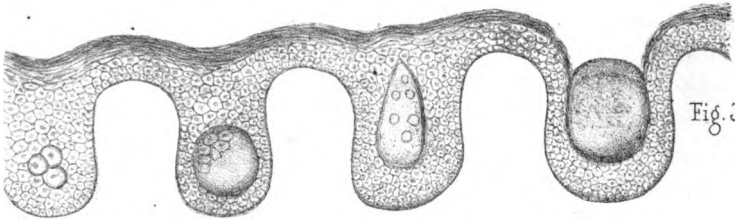


Fig. 3.

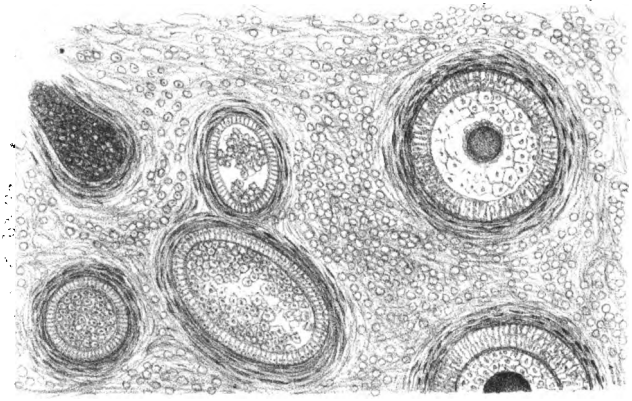


Fig. 4.

Sharpy del. P. Lackerbauer lith.

Publié par G. Masson à Paris.

Imp. Becquet, Paris.

Digitized by Google

Variétés.—L'eczéma *vésiculeux* est celui que nous venons de décrire; l'eczéma *rubrum* est celui où la couche épithéliale superficielle a disparu par exfoliation, la couche profonde laissant voir le derme par transparence.— L'eczéma *lichénoïde* est dû à la sclérose profonde. — L'eczéma *impétigineux* est celui où le liquide d'exsudation est mélangé de leucocythes et de cellules épidermiques (cette tendance à la néoformation cellulaire excessive étant le propre des lésions scrofuleuses).—Enfin l'eczéma ou la néoformation, par le fait de sa marche rapide et diffuse, ne donnant lieu qu'à une exsudation imperceptible ou à une hypergénèse épithéliale (catarrhe desquamatif), prend le nom de *pityriasis rubra.*

Terminaisons. — La guérison parfaite est rare; mais la lésion étant superficielle, il n'y a pas de cicatrice. Si les éléments nouveaux disparaissent tous, il peut y avoir atrophie de la peau (amincissement du lobule de l'oreille). Si le tissu récent se transforme en cellules conjonctives et en faisceaux fibreux, la peau reste indurée et rugueuse; une métamorphose cornée et comme cicatricielle de la couche épithéliale donne une teinte d'un blanc mat métallique. Souvent, enfin, les glandes sclérosées s'atrophient et disparaissent, la peau n'est plus huilée par le sébum, et l'épiderme reste pour longtemps le siége d'une desquamation incessante (pytiriasis alba secondaire).

Conclusions :

1° L'impétigo, le lichen et le pityriasis alba secondaires, le pityriasis rubra, ne sont que des variétés d'eczéma.

2° L'eczéma est une dermatite..... le plus souvent séreuse. — C'est une lésion primitive du tissu conjonctif, avec retentissement secondaire sur le tissu épithélial.

V.-Adrien Charpy, interne des hôpitaux de Lyon.

(*La fin au prochain numéro.*)

Digitized by Google

DE L'ALOPÉCIE, DE L'ONYXIS ET DU PÉRIONYXIS

COMME ACCIDENTS DE LA PÉRIODE SECONDAIRE DE LA SYPHILIS

Par le Dr Alfred FOURNIER

Leçon clinique, recueillie et rédigée par M. MICHEL, externe de l'hôpital de Lourcine

---

DEUXIÈME ARTICLE.

Non moins curieuses et plus importantes sont les lésions que la syphilis secondaire détermine vers les *ongles*.

Ces lésions sont de deux ordres :

1° Les unes n'intéressent ou paraissent n'intéresser que l'ongle lui-même ;

2° Les autres se produisent au voisinage de l'ongle, et, d'abord étrangères à l'ongle, ne l'affectent que plus tard, d'une façon consécutive.

Aux premières, je réserve la dénomination ancienne d'*onyxis ;* je vous propose pour les secondes celle de *périonyxis.*

Dans le premier groupe, nous trouvons à étudier :

1° La friabilité et l'ébréchement de l'ongle (*onyxis craquelé*) ;

2° Le décollement partiel de l'ongle ;

3° Le décollement total et la chute de l'ongle ;

4° Une variété plus rare, dite *onyxis hypertrophique.*

La première de ces lésions est infiniment plus commune chez la femme que chez l'homme.—Elle consiste simple-

Digitized by Google

ment en une friabilité singulière de l'ongle, dont la portion libre se fendille, se crevasse et se casse sous l'influence des moindres pressions. Vainement les femmes, pour masquer cette petite difformité, d'ailleurs assez gênante, retranchent-elles aux ciseaux le sommet de l'ongle, qu'elles arrondissent, qu'elles taillent de toutes façons; toujours l'ongle, bien que raccourci, se brise dans sa partie libre, s'étoile, s'écaille, s'exfolie, et présente pour sommet une série d'aspérités inégales, de dentelures, de crénelures, lesquelles se continuent souvent avec des fendillements longitudinaux de la lamelle unguéale.

C'est là ce que nous appelons l'*onyxis craquelé*, ou l'ébréchement syphilitique de l'ongle.

Cette première variété d'onyxis s'observe surtout aux ongles des mains. Elle est plus rare aux orteils.

Seconde variété : *décollement partiel* de l'ongle.

Dans cette forme, l'ongle semble se soulever à son extrémité inférieure; il se détache des tissus auxquels il doit adhérer normalement, il se décolle *de bas en haut*. A l'aide d'une pointe d'acier introduite sous l'ongle on peut suivre les progrès de ce décollement, qui arrive quelquefois à séparer la lamelle unguéale de sa matrice sur une hauteur assez considérable. Extérieurement, du reste, la limite des portions détachées et des portions adhérentes se traduit par un changement de coloration dans la surface de l'ongle.

Il est assez rare que ce décollement *inférieur* (je l'appelle inférieur parce qu'il procède de bas en haut, contrairement à d'autres variétés d'onyxis, qui détachent l'ongle de haut en bas), il est rare, dis-je, que ce décollement inférieur arrive à rompre toutes les adhérences de la lamelle unguéale et à en provoquer la chute. Le plus souvent il se limite, et n'atteint que le tiers ou la moitié

Digitized by Google

de la hauteur de l'ongle. Consécutivement la lésion se répare par la croissance des portions supérieures de l'ongle, lesquelles reprennent adhérence avec les tissus sous-jacents.

Troisième variété : *décollement total* et *chute* de l'ongle (*alopécie unguéale* de quelques auteurs).

Dans cette variétés d'onyxis, l'ongle se détache peu à peu des parties sous-jacentes, se décolle progressivement dans toute son étendue ; puis, quand toutes ses adhérences se sont rompues, il finit par tomber, en laissant à découvert ce qu'on appelle la matrice unguéale.

Ce travail de séparation se fait sans douleur, à ce point que certains sujets — peu soucieux de leur personne, il faut en convenir — sont parfois surpris de voir un de leurs ongles détaché sans avoir un instant soupçonné qu'il fût malade. J'ai dans mes notes, par exemple, l'histoire d'un jeune homme qui perdit à son insu *tous* les ongles des orteils. Fort étonné un beau jour de cette découverte, il se mit à la recherche des ongles qu'il n'avait plus, et en trouva deux dans l'une de ses chaussettes. De même une femme de nos salles nous racontait dernièrement qu'elle venait de trouver dans ses draps l'ongle d'un de ses gros orteils, et cela à sa grande stupéfaction, disait-elle, car « elle ne savait pas l'avoir perdu. »

Mais le plus habituellement, quand on a affaire à des malades moins indifférents d'eux-mêmes, ou bien encore quand la lésion porte sur les mains, le décollement progressif de l'ongle, quoique toujours insensible, n'échappe pas à l'attention et peut être suivi dans tous ses détails. On voit alors l'ongle se bomber au niveau de sa racine, faire relief, se soulever ; bientôt on aperçoit son bord supérieur qui, détaché et poussé en avant, suivant le mode habituel de croissance ou d'élimination de la lamelle

Digitized by Google

unguéale, laisse à nu derrière lui une petite surface rosée sèche et squameuse, laquelle n'est autre que la matrice de l'ongle. Cette surface devient de jour en jour plus considérable, à mesure que progresse le travail d'élimination. Puis l'ongle s'ébranle, se décolle de plus en plus, et finit par tomber.

Mais avant même qu'il se soit détaché, déjà un processus régénératif s'est établi, et un nouvel ongle tend à se constituer. Celui-ci s'accroît et se développe. Parfois aussi régulier que celui dont il a pris la place, il est en d'autres circonstances plus ou moins arqué, incurvé, crochu, à la façon des ongles de nouvelle formation. On dit même qu'en certains cas de cet ordre, la régénération unguéale ne se produit pas et que l'ongle est remplacé simplement par une masse informe de matière cornée. Je ne saurais garantir ce dernier fait, ne l'ayant pour ma part jamais observé.

Quatrième variété : *onyxis hypertrophique.*

Infiniment plus rare que les variétés précédentes, l'onyxis hypertrophique consiste en un épaississement de la lamelle unguéale, qui est doublée, triplée, quadruplée de volume. Cet épaississement se produit principalement ou du moins est surtout appréciable vers le bord libre de l'ongle, qu'on trouve non pas seulement hypertrophié, mais inégalement brisé, rugueux, se séparant en stratifications écailleuses, présentant des cassures et des aspérités irrégulières.

Comme aspect, comme physionomie, cette dernière forme d'onyxis (dont l'origine syphilitique, bien que contestée, ne me paraît pas douteuse) se rapproche assez du singulier état morbide des ongles auquel certains auteurs ont donné le nom de *psoriasis unguéal.*

Digitized by Google

En second lieu, lorsque la syphilis porte son action sur les tissus qui environnent l'ongle, elle constitue des lésions auxquelles il convient, je crois, d'appliquer le nom de *périonyxis*.

Ces lésions se montrent sous des aspects très-divers, qui peuvent être, d'après moi, ramenés aux trois types suivants :

I. Périonyxis sec, squameux ou corné.
II. Périonyxis inflammatoire (tourniole syphilitique).
III. Périonyxis ulcéreux.

I. — Le *périonyxis sec* comprend deux variétés très-distinctes :

1° La forme squameuse ; 2° la forme cornée.

1° La *forme squameuse* est simplement constituée par une syphilide papulo-squameuse se produisant au voisinage de l'ongle, soit sur l'un de ses bords, soit à l'extrémité du doigt sous la portion libre de la lamelle unguéale.

Cette forme n'offre rien de spécial que son caractère habituellement assez rebelle. — Il suffit de la signaler.

2° La *forme cornée* pourrait être dite *cor* ou *durillon syphilitique péri-unguéal*. Elle consiste uniquement en effet en un épaississement de l'épiderme qui borde les parties latérales de l'ongle.

Ses symptômes sont des plus simples. Au niveau du point où la peau se réfléchit pour encadrer l'ongle, il se produit un petit bourrelet longitudinal, légèrement saillant, constitué par une hypergénèse du tissu épidermique normal. Ce bourrelet s'accroît, devient très-dur et réelle-

Digitized by Google

ment corné. Il forme alors un véritable *cor* périunguéal.

Complétement indolente tout d'abord, cette lésion ne tarde pas à s'irriter sous l'influence des frottements et à agacer les malades, qui cherchent à l'arracher, qui la déchirent, qui l'écorchent, sans parvenir toutefois à s'en débarrasser, car de nouvelles couches épithéliales remplacent incessamment celles qui sont détachées de la sorte. Elle devient alors légèrement sensible, saignante, excoriée par places, surtout au niveau du sillon latéral de l'ongle, et finalement elle persiste sous cette forme jusqu'à ce qu'un traitement approprié parvienne à en faire justice.

II. Le *périonyxis inflammatoire* se présente avec des symptômes déjà plus accentués et plus importants.

Il est constitué par une tuméfaction sub-inflammatoire qui se produit autour d'une partie de l'ongle, soit sur l'un de ses côtés le plus souvent, soit plus rarement au niveau de sa racine. Cette tuméfaction légèrement douloureuse, rénitente, rougeâtre ou d'un rouge brun, encadrant l'ongle sur une partie de son contour, rappelle assez bien comme aspect la *tourniole* vulgaire. Mais elle en diffère par la marche lente et chronique de ses phénomènes morbides, aussi bien que par leur terminaison. Jamais en effet cette lésion ne forme d'abcès. Elle subsiste dans le même état pendant un temps fort long, toujours dure et solide; puis, ou bien elle s'atrophie et disparaît par un véritable travail de résorption sur place analogue à celui que subissent les papules syphilitiques; ou bien elle s'ulcère à sa surface, à la façon encore de ces mêmes papules dont le néoplasme aboutit parfois à un processus ulcératif.

Le cas le plus habituel toutefois pour cette forme de périonyxis, c'est de rester *sèche* pendant toute sa durée et sur toute l'étendue des parties affectées. Tout au plus produit-

Digitized by Google

elle, dans le sillon qui borde l'ongle, une crevasse longitudinale, laquelle, irritée par les froissements, s'excorie, suppure légèrement ou se couvre de croûtes adhérentes.

La lésion s'en tient là le plus souvent, surtout quand elle siége aux mains. Il s'en faut même que dans tous les cas elle détermine la chute de l'ongle. Mais lorsqu'elle affecte le gros orteil, lorsque surtout elle est négligée ou abandonnée à elle-même, elle ne manque guère de se compliquer, et aboutit alors soit aux lésions communes de l'*ongle incarné*, soit à celles du périonyxis ulcéreux qu'il nous reste à décrire.

III. PÉRIONYXIS ULCÉREUX. — Cette troisième forme est de beaucoup la plus grave.

Elle est *primitive* ou *consécutive*.

Consécutive, elle succède au périonyxis inflammatoire, alors que ce dernier s'est prolongé, est devenu chronique, on a été irrité par des causes diverses, telles que mauvais traitements, marche, fatigue, pression des chaussures, etc.

Primitive, elle résulte de syphilides ulcéreuses développées à la périphérie de l'ongle.

Quelle qu'en soit l'origine, elle consiste en une *ulcération* qui encadre l'ongle partiellement ou en totalité. Cette ulcération est généralement supportée par un bourrelet inflammatoire saillant, qui proémine au-dessus de l'ongle, et qui offre une teinte d'un rouge sombre, quelquefois violacé. Elle est toujours assez creuse, irrégulière de forme, à bords découpés et entaillés, à fond sanieux, grisâtre, fongueux et de *mauvais aspect;* elle secrète enfin assez abondamment une matière séro-purulente, mal liée, semée parfois de détritus et de stries sanguinolentes.

Quand la lésion siége aux pieds (et c'est presque toujours alors le gros orteil qu'elle affecte), elle ne manque guère, irritée par la marche, de se compliquer de phénomènes in-

Digitized by Google

flammatoires. Les tissus voisins deviennent rouges et tuméfiés; l'ulcération prend une teinte livide, *vineuse*, et ne sécrète plus qu'un ichor sanguinolent, fétide. Des douleurs plus ou moins intenses se manifestent et rendent la marche très-difficile, sinon même impossible.

Quelquefois encore, quand elle a persisté un certain temps sous forme d'ulcération creuse, cette variété de périonyxis prend un autre aspect. Elle bourgeonne, elle s'élève, et dégénère en une sorte de tissu fongueux, de *champignon* mollasse, qui s'exhausse autour de l'ongle ou qui, se renversant sur lui, le recouvre partiellement.

Le périonysis ulcéreux affecte toujours une marche chronique. Une fois développé, il reste ce qu'il est, ou bien il tend à s'étendre et à encadrer l'ongle tout entier. A ce dernier degré, il s'accompagne d'une *déformation* très-accusée des parties, due tant au progrès et au bourgeonnement de l'ulcère qu'à l'engorgement et à la tuméfaction symptômatique des tissus circonvoisins. C'est ainsi qu'aux doigts on voit la dernière phalange se tuméfier autour de l'ulcération, s'étaler *en spatule* (suivant l'expression consacrée), ou bien devenir globuleuse et figurer comme une petite *massue* surmontant les autres phalanges, lesquelles paraissent relativement grêles et atrophiées. Mais c'est alors surtout que l'affection siége au gros orteil et se complique, grâce à l'incurie des malades, de phénomènes inflammatoires, c'est alors surtout, dis-je, qu'elle acquiert des dimensions incroyables et présente un aspect véritablement *hideux*. Jugez-en par l'exemple que je vais mettre sous vos yeux.

Cette femme, syphilitique depuis plus d'une année, a commencé, il y a quelques mois, par avoir une ulcération limitée sur le bord interne d'un des gros orteils, au voisinage de l'ongle. Elle ne s'est pas soignée; elle a continué à marcher, à travailler pour vivre, à se fatiguer même. L'ulcération s'est accrue, a envahi tout le pourtour de l'ongle,

Digitized by Google

a enflammé les tissus voisins, et finalement est devenue assez douloureuse pour exiger le repos. Cette femme s'est alors traînée plutôt qu'elle n'est venue à la consultation de notre hôpital. Vous n'imaginez pas dans quel état, lors de son entrée dans nos salles, cette malheureuse avait le pied. Le gros orteil était *énorme*, au point de dévier les orteils voisins, rouge, livide, érysipélateux, excessivement douloureux au moindre attouchement. Un vaste ulcère, *noir* et gangréneux, entourait tout l'ongle, mesurant 6 centimètres environ en longueur sur 4 à 5 centimètres de large, sécrétant en abondance un ichor sanguinolent, et exhalant une odeur d'une fétidité extraordinaire. Tout cela est bien changé aujourd'hui, car quatre à cinq jours de repos et de soins ont modifié du tout au tout cette épouvantable lésion. Toutefois vous pouvez encore sur cette malade apprécier les divers caractères du périonyxis ulcéreux à son plus haut degré de développement. Voyez d'abord l'orteil. Il est pour le moins triplé de volume, surtout au niveau de la dernière phalange, et présente la forme d'un battant de cloche. Toute la face supérieure de cette phalange est convertie en une ulcération, dont les bords taillés absolument à pic mesurent plus d'un centimètre d'élévation, dont le fond irrégulier, anfractueux, brunâtre, violacé, présente encore çà et là des lambeaux gangréneux. Au centre de l'ulcère subsiste l'ongle, incarné, brunâtre, comme ratatiné sur lui-même; il est mobile, tant ses adhérences ont été rompues sur la plupart des points, et l'on pourrait presque le *cueillir* avec une pince. Quant aux tissus périphériques, vous constatez encore qu'ils sont fortement engorgés, tendus, rougeâtres, et douloureux au toucher; mais ce n'est plus là qu'un diminutif de l'inflammation violente et presque phlegmoneuse que nous avons eu à combattre ces derniers jours.

Digitized by Google

Dois-je ajouter que la chute de l'ongle est inévitable comme conséquence de telles lésions? Cela va sans dire. Toujours l'ongle tombe à la suite du périonyxis ulcéreux. Et même il est heureux qu'il tombe, car, partiellement décollé, il constitue dans la plaie un véritable corps étranger; en raison de sa rigidité et de ses bords tranchants, il irrite incessamment les parties, il les enflamme, il y entretient de vives douleurs. Aussi sa chute est-elle un bénéfice pour les malades et une condition presque indispensable de guérison. La nature en général se charge seule de cette élimination, mais il est souvent utile de l'aider dans ce travail et de rompre les dernières adhérences qui rattachent l'ongle aux tissus sous-jacents.

Soumis au traitement que je vous indiquerai bientôt, le périonyxis ulcéreux se cicatrise et guérit. Et alors, de deux choses l'une. Si la matrice de l'ongle n'a été que superficiellement ou partiellement intéressée, un nouvelongle repousse, mais difforme, incomplet, arqué, crochu, etc. A-t-elle été profondément ulcérée et détruite, il ne se produit plus sur la cicatrice que de petites plaques ou de petits mamelons épars de matière cornée. L'extrémité du doigt ou de l'orteil reste alors déformée pour la vie, figurant une sorte de moignon irrégulier, où l'ongle n'est plus représenté que par une surface sèche, dure, incomplétement revêtue de débris unguéaux.

Quel traitement réclament les diverses lésions dont nous venons de parler?

Contre l'onyxis proprement dit, rien à faire évidemment en dehors du traitement général. Tout topique serait ici superflu.

Il n'en est pas de même pour le périonyxis. Un traitement local doit lui être appliqué concurremment avec la

Digitized by Google

médication générale. Ce traitement joue même ici le principal rôle et contribue bien plus activement et plus rapidement surtout que les remèdes internes au travail de résolution et de cicatrisation.

1° Pour la forme sèche, pour la variété cornée plus spécialement, des agents *de protection* suffisent. Bornez-vou à protéger le cor syphilitique contre les froissements ou les frottements qui sont pour lui des causes d'irritation. Dans ce but, recouvrez-le de baudruche agglutinative, de bandelettes de sparadrap, d'un doigtier en peau de gant ou mieux encore d'un doigtier de caoutchouc.

2° La forme inflammatoire réclame pour quelques jours l'emploi des antiphlogistiques locaux, des bains, des cataplasmes, utiles encore à un autre point de vue pour détacher les croûtes qui peuvent s'être formées. Plus tard, c'est-à-dire après trois ou quatre jours au plus, n'ayez plus recours qu'au *pansement occlusif*. En d'autres termes, recouvrez l'extrémité du doigt de bandelettes entre-croisées de diachylum ordinaire ou de taffetas de Vigo. Ce mode de pansement, aidé au besoin de quelques attouchements à la teinture d'iode, est certes ce qui réussit le mieux contre ce genre de lésion.

3° Contre le périonyxis ulcéreux : tout d'abord, si l'inflammation est vive et intéresse les parties voisines, nécessité évidente de recourir pendant quelques jours aux antiphlogistiques : bains généraux prolongés et répétés, fomentations émollientes, cataplasmes de fécule froids, etc...;— urgence absolue du repos, si la lésion siége au pied;—puis, le plus tôt possible, pansement occlusif au taffetas de Vigo. La méthode occlusive, appliquée suivant les préceptes de M. Chassaignac, rend ici les plus grands services. Elle calme la douleur ; elle modifie et déterge la plaie; elle favorise, elle appelle, si je puis ainsi dire, la cicatrisation. J'en ai toujours obtenu les meilleurs effets, et je vous la donne

Digitized by Google

comme le traitement par excellence du périonyxis ulcéreux.

Il serait injuste toutefois de ne pas citer, à côté de cette méthode, un autre mode de pansement encore peu connu, qui m'a très-bien réussi dans quelques cas. C'est le pansement à la poudre d'*iodoforme*. J'ai vu, sur plusieurs malades, l'iodoforme faire véritablement merveille pour déterger les ulcérations en quelques jours, en changer l'aspect et y provoquer sur elles un travail de cicatrisation.

Comme soins de détail, j'ajouterai qu'à certaines époques du traitement il peut être utile de toucher l'ulcération soit à la teinture d'iode, soit au nitrate d'argent, lorsque surtout la cicatrisation paraît languir; — qu'il y a souvent indication à réprimer avec le crayon le bourgeonnement excessif de la plaie; — qu'on est même parfois obligé de recourir soit à des caustiques plus énergiques, soit à l'excision pour détruire les tissus végétants et fongueux qui tendent à se produire autour de l'ongle, etc.; — qu'enfin si l'ongle tarde à se détacher et constitue un obstacle évident à la cicatrisation, il faut l'enlever au plus vite. Presque toujours, d'ailleurs, on le trouve partiellement décollé, à ce point qu'en certains cas il suffit de le cueillir, plutôt que de l'arracher, avec une pince. Cette petite opération est suivie des meilleurs résultats. Non-seulement elle débarrasse la plaie d'un corps étranger irritant, mais elle permet de la panser d'une façon régulière et complète, double condition essentiellement favorable à la cicatrisation.

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE

De la Dactylite syphilitique, par R. W. Taylor, M. D.

Le journal américain de syphilographie et de dermatologie du mois de janvier 1871 contient une bonne étude d'une des manifestations rares de la syphilis constitutionnelle, étude basée sur un fait très-intéressant et bien observé qui a servi de point de départ à l'auteur du mémoire. Il s'agit d'une affection des doigts et des orteils à laquelle on a donné le nom de *dactylite syphilitique*.

L'affection dont nous allons reproduire la description, d'après M. Taylor, est rare, puisqu'il n'a pu recueillir dans les annales de la science que *sept* faits analogues méritant le nom d'observations. Mais ce que la dactylite syphilitique pourrait perdre de son intérêt par suite de sa rareté, elle le regagne amplement par l'importance qu'il y a pour le praticien à savoir reconnaître de bonne heure la nature spécifique de la maladie.

Les accidents syphilitiques ont tous ceci de spécial qui en recommande l'étude, et qui doit même les rendre particulièrement sympathiques au praticien : c'est qu'ils subissent, avec une docilité exceptionnelle, l'influence de la médication. Il y a bien peu d'affections qui soient aussi peu réfractaires à la thérapeutique que, je ne dirai certes pas la syphilis, mais les accidents syphilitiques, et je crois que cette considération est faite pour donner de l'intérêt, même aux manifestations syphilitiques les moins communes, à plus forte raison à un accident qui pourrait provoquer une intervention chirurgicale tout à fait superflue, si sa nature spécifique et sa curabilité étaient méconnues.

Digitized by Google

M. Taylor commence par nous dire qu'il laisse de côté les manifestations plus précoces de la vérole qu'on rencontre assez souvent aux doigts, telles que le psoriasis, l'onyxis, etc. Ce sont là des accidents de la période secondaire, à la fois communs et bénins. Par dactylite syphilitique, il entend désigner une affection tardive, *tertiaire* (avec la valeur restreinte qu'on accorde aujourd'hui à la classification chronologique de la syphilis), et pour parler avec plus de précision, une affection *gommeuse*. Nous croyons qu'il serait bon d'ajouter, à la désignation acceptée par M. Taylor, l'épithète de « *gommeuse* » qui nous semble indispensable pour en limiter l'application, en éliminant les autres accidents plus précoces et moins graves qui peuvent se manifester sur les doigts.

Comme l'observation de M. Taylor est précieuse, nous la reproduisons presque intégralement. Nous la ferons suivre d'une énumération succincte des autres observations citées par l'auteur, et finalement, nous placerons devant le lecteur le tableau nosographique de la dactylite gommeuse, tel que M. Taylor a pu le constituer avec les matériaux qui se trouvaient à sa disposition.

Observation : E. A., marchand ambulant, âgé de 44 ans, vint consulter le docteur Taylor au dispensaire de New-York au mois d'octobre 1869 ; il présentait les antécédents syphilitiques suivants : *chancre induré* en juillet 1867 ; un mois après, *syphilide papuleuse*, *éruption pustuleuse du cuir chevelu*, *plaques muqueuses buccales*, *douleurs rhumatoïdes*. Vers la fin de l'année 1867, *critis*. En 1868 et 1869, *ulcérations pustulo-crustacées* sur diverses parties du corps, suivies de cicatrices caractéristiques. En 1869, *tumeurs gommeuses* considérables du cuir chevelu et au devant des tibias, suivies d'ultérations très-rebelles au traitement.

Lors du premier examen (oct. 1869), M. Taylor constata

Digitized by Google

l'existence d'une syphilide tuberculeuse non ulcérée siégeant au front. Amaigrissement et perte des forces.

Le traitement employé fut le suivant : biodure de mercure associé à l'iodure de potassium ; citrate de fer et de quinine.

Il y eut de l'amélioration, et la syphilide frontale disparut en aissant une cicatrice.

Le malade ne présenta aucun accident jusqu'au commencement de l'année 1870. C'est alors que débuta l'affection du pied pour laquelle il revint consulter M. Taylor au mois de février. Il y avait déjà un mois que le deuxième orteil du pied droit augmentait graduellement de volume et gênait la marche.

On constata alors que l'orteil malade était considérablement gonflé, de telle sorte que, devenu trop gros pour occuper sa place normale, il chevauchait sur les deux orteils voisins. Il présentait une circonférence de trois pouces, l'orteil correspondant du côté opposé mesurant un pouce et quart. La tuméfaction, régulière et symétrique, occupait toute la longueur de l'orteil, et la peau, tendue, lisse, légèrement violacée, ayant perdu ses plis articulaires, était séparée de la peau du pied par un sillon circulaire situé à la racine de l'organe. Les faces latérales de l'orteil étaient aplaties, et la face dorsale arrondie étant plus large que la face plantaire, l'orteil affectait la forme d'un coin. L'ongle paraissait parfaitement sain, ainsi que sa matrice, et on pouvait le comprimer fortement sans éveiller aucune douleur. Au palper, l'orteil présentait une consistance ferme et élastique, le doigt ne laissant pas d'empreinte. Il n'y avait pas d'élévation de la température, ni à l'application de la main, ni au thermomètre. A un examen attentif, il était manifeste que le dépôt morbide qui distendait les téguments prédominait du côté des faces dorsale et latérales de l'organe. La crépitation, cherchée avec soin, faisait défaut à cette époque. La mobilité des articulations phalangiennes était presque abolie par suite de l'épaississement des tissus périarticulaires, mais l'articulation métatarso-phalangienne permettait des mouvements passifs assez étendus, surtout lorsqu'on prenait la précaution d'éloigner de chaque côté les orteils voisins.

Le produit infiltré dans les tissus était tellement abondant qu'il

Digitized by Google

était impossible de reconnaître l'état des parties osseuses ; il semblait toutefois que les tissus articulaires et les première et deuxième phalange (la première surtout) étaient considérablement tuméfiés. L'orteil était indolore, et tout à fait insensible à la pression dans tous les sens, comme aux mouvements passifs. La longueur était normale.

M. Taylor, ayant présents à l'esprit les cas analogues qui ont été rapportés et connaissant les antécédents du malade, diagnostiqua une *dactylite syphilitique* et prescrivit de reprendre le traitement déjà institué auparavant, en usant des précautions nécessaires pour éviter toute irritation locale.

Voici quelle fut la marche ultérieure de la maladie :

Jusqu'au mois de juin, état stationnaire; on remarqua alors que la tuméfaction avait diminué. Au mois d'avril on avait constaté une légère crépitation. La peau était moins distendue, quoique toujours d'une teinte un peu violacée. Les plis articulaires de la peau reparurent peu à peu, et les mouvements augmentèrent d'étendue. La douleur faisait toujours défaut. Au mois de juillet, l'infiltration ayant continué à disparaître, on put examiner l'état des parties profondes ; la deuxième phalange était peu tuméfiée, mais la première et sa jointure intermédiaire étaient toujours très-gonflées et la crépitation articulaire était facile à produire. Pendant le mois de juillet, le malade prit seulement de l'iodure de potassium à la dose de 0,75 centigr.

Les parties superficielles continuèrent à se dégonfler peu à peu, plus rapidement que les parties profondes. La crépitation continua à être perçue dans l'articulation phalango-phalanginienne.

En ce moment (décembre 1870) la peau recouvrant l'orteil paraît saine ; la tuméfaction des parties profondes est égalemen en voie de disparition, mais elle occupe encore la première phalange à son articulation antérieure ; la crépitation est bien moins accentuée. Les mouvements articulaires sont devenus faciles, et la marche n'est plus gênée. Mais l'orteil malade s'est incurvé dans le sens de la flexion, de manière à présenter une saillie convexe au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne. Cette difformité s'efface dès qu'on relève le bout de l'orteil, mais

Digitized by Google

la flexion reparaît dès qu'on cesse de pratiquer l'extension passive et qu'on livre l'orteil à l'action prédominante des fléchisseurs. Il existe également un état de relâchement des ligaments qui devient manifeste par de légères tractions dans le sens de la longueur de l'orteil. Celui-ci alors s'allonge un peu, et on constate dans l'articulation malade quelques mouvements de latéralité.

Depuis peu de temps l'ongle a présenté vers le milieu de sa longueur un sillon transversal, phénomène analogue à celui qu'on remarque parfois après les affections adynamiques.

L'état général du malade s'est beaucoup amélioré et il n'a présenté aucune nouvelle manifestation de la diathèse syphilitique.

Voici les autres faits analogues qui ont été rapportés par divers auteurs :

Cas de M. Nélaton (*Du panaris syphilitique. Gaz. des Hop.*, 1860, p. 106). Tuméfaction presque indolore du médius droit, occupant surtout la phalange. Ayant disparu à la suite d'un traitement antisyphilitique.

Cas de Lüche (die syphilitsche Dactylitis, Berliner klinische Wochenschrift, n°s 50 et 51, 1867). Deux observations.

Cas de Berg (Fall von Gummöser (syphilitischer) Dactylis, Archiv für Dermatologie und Syphilis, n° 2, 1870). Cas très-curieux de *spina ventosa syphilitique* occupant la phalange du médius droit ; s'étant terminé après ponction de la coque osseuse, par l'élimination de la matière morbide, la disparition de la tumeur, et l'atrophie de la phalange.

Cas de Volkmann (Zur Casuistik der syphilitischen Finger und Gelenks Affectionen, Berliner klinische Wochenschrift, n° 7, 1870). Dans ce cas l'affection s'est terminée par l'atrophie des phalanges malades en laissant des difformités permanentes.

Cas de Cready (publié pour la première fois dans le mémoire de M. Taylor). Cas analogue à ceux de Berg et de Volkmann.

Cas d'Archambault (*Union médicale*, n° 140, 1869). Fait unique, l'affection s'étant présentée sous forme d'accident pré-

Digitized by Google

coce de syphilis héréditaire chez un enfant. La tuméfaction des doigts disparut à la suite d'une médication antisyphilitique.

Tels sont les matériaux qui ont servi à l'édification de la partie nosographique du travail de M. Taylor.

Dans tous ces cas, il s'agirait d'une affection *gommeuse* dont la nature serait démontrée, à défaut d'examens nécroscopiques, par la forme et la marche de la maladie, par les antécédents des malades et par l'influence heureuse de le médication antisyphilitique.

Le dépôt gommeux, infiltrant les divers tissus qui composent le doigt, tantôt respecte le squelette et tantôt l'envahit; de là, pour la commodité de la description, la division en *forme superficielle* et *forme profonde* adoptée par M. Taylor. Les cas de Lüche et de Taylor sont des exemples de la première forme; ceux de Berg, Cready et Volkmann de la seconde.

Passons rapidement en revue les caractères cliniques de l'affection dans ces deux modes.

1° *La dactylite gommeuse superficielle* est caractérisée par une tuméfaction indolore qui occupe une, deux ou trois phalanges d'un doigt ou d'un orteil ; c'est le plus souvent la première phalange qui est affectée. L'infiltration gommeuse qui est cause de l'augmentation du volume prédomine généralement dn côté dorsal du doigt ; elle occupe toutes les parties molles depuis la face profonde du derme jusqu'au périoste : tissu cellulaire sous-cutané, tendons, ligaments articulaires, etc. ; le produit morbide ne forme pas de masses isolées ou de tumeurs mobiles, mais plutôt se substitue en quelque sorte aux tissus qu'il envahit. Le doigt malade est gros, dur, rénitent ; la peau qui le recouvre est lisse, tendue, de coloration un peu violacée ; il n'y a pas de chaleur morbide, ni de douleur ou de sensibilité à la pression ; l'organe n'est que gênant par son volume inso-

Digitized by Google

lite et sa roideur. Le développement de l'affection est plus ou moins rapide, avec temps d'arrêt et poussées successives, mais le plus souvent les progrès sont lents, et l'affection revêt un caractère de chronicité. Contrairement à ce qui s'observe souvent dans les gommes superficielles des autres régions du corps, on ne voit pas se produire d'ulcérations au niveau des parties atteintes.

Dans certains cas, par suite sans doute d'un trouble dans la nutrition des tissus respectés par la dégénérescence gommeuse, on constate des altérations du côté des jointures phalangiennes ; il s'y produit un épanchement articulaire et on y trouve de la crépitation fine ou rude.

L'affection se termine, à la longue, par une disparition graduelle de la tuméfaction ; le doigt ou l'orteil frappé reprend à peu près son volume primitif ; mais il conserve, par suite de la rétraction ou de la destruction des tendons et des ligaments, des déformations et des attitudes vicieuses, avec mobilité ou rigidité anormales.

2° Dactylite profonde. Dans cette forme de l'affection, l'altération gommeuse occupe le tissu osseux, sous forme soit de *périostite*, soit *d'ostéomyélite*, suivant que l'affection occupe la périphérie ou l'intérieur de l'os. Plusieurs phalanges d'un doigt, plusieurs doigts à la fois peuvent être affectés. Le mal est presque limité au squelette, les parties superficielles étant indemnes ou à peine altérées. Dans le cas de périostite gommeuse, la phalange atteinte augmente considérablement de volume ; la peau est tendue, lisse, rosée ou rouge ; les plis sont effacés. Le développement de l'affection est généralement lent, parfois rapide, et lors des poussées aiguës il y a parfois un peu de sensibilité à la pression.

Cependant l'affection est le plus souvent remarquablement indolore. L'ongle est inaltéré, même quand c'est la trcisième phalange qui est le siége du mal. Lorsque la tu-

Digitized by Google

méfaction s'est produite rapidement, la consistance des parties tuméfiées est quelquefois molle, de sorte que, dans certains cas, le médecin a cédé à la tentation de pratiquer une incision; on a trouvé alors de la matière gommeuse entre l'os et le périoste (cas de Volkmann).

Lorsqu'il s'agit d'une *ostéomyélite* gommeuse, il se développe au niveau d'une des phalanges une sorte de *spina ventosa*, avec coque osseuse entourant un dépôt abondant de matière gommeuse. Dans le cas de Berg, cette coque a fini par se perforer en laissant échapper un liquide visqueux. L'affection peut se terminer de deux façons, soit par *résorption* graduelle du produit morbide, avec atrophie consécutive du segment du doigt affecté, soit par *perforation* de la coque osseuse, et l'évacuation de la matière gommeuse sous forme de liquide visqueux, jaunâtre, avec flocons caséeux. Jamais il ne paraît s'établir de suppuration. — On rencontre dans cette forme de la dactylite les mêmes altérations articulaires que dans la forme superficielle.

Le résultat final est la disparition de la tuméfaction, par résorption ou par évacuation du produit morbide, avec ou sans fistules et cicatrices, suivant le mode de guérison. A la suite de l'atrophie considérable de la phalange qui parfois disparaît presque en entier, le doigt reste raccourci, déformé, ayant perdu plus ou moins complétement ses fonctions. Dans certains cas, la phalange malade est comme coupée en deux par le dépôt gommeux ; après la résorption de celui-ci, il s'établit une sorte de cal fibreux entre les deux extrémités de l'os malade.

Étiologie. La dactylite gommeuse se rencontre généralement chez les syphilitiques qui ont dépassé l'âge moyen de la vie ; elle coexiste souvent avec des manifestations graves du côté du système osseux et des viscères, et révèle une dyscrasie syphilitique invétérée.

Digitized by Google

Diagnostic. Il est de la plus haute importance d'établir promptement le diagnostic de cette affection pour qu'on puisse instituer de bonne heure le traitement antisyphilitique et pour qu'on ne soit pas tenté d'avoir recours à un traitement chirurgical. L'absence de toute douleur permettra de faire la distinction de cette affection avec le *panaris* ou avec *la goutte*, s'il s'agit du gros orteil. On la distinguera par le siége de la lésion de *l'arthrite rhumatoïde* qui, aux doigts, produit les nodosités dites d'Heberden ; dans cette affection, la déformation siége au niveau même des jointures, tandis que dans la dactylite syphilitique, c'est toujours au niveau du corps des phalanges qu'existe la tuméfaction; de plus, dans cette dernière, l'affection est d'abord superficielle, et, s'il se produit des lésions articulaires, ce n'est que tardivement. Les commémoratifs feront soupçonner la véritable nature de l'affection, et le résultat du traitement lèvera tous les doutes.

On ne pourrait pas confondre avec la dactylite syphilitique les tumeurs des doigts (*enchondromes* ou *exostoses*), qui ont une marche lente et graduelle, et forment des tumeurs dures, bien délimitées, occupant souvent la face palmaire des doigts.

La seconde forme de la dactylite, la forme profonde, risquerait peut-être d'être confondue avec la *carie* d'une phalange, avec ou sans tumeur blanche. Ici, comme pour nombre d'autres manifestations, c'est la scrofule dont les accidents ont le plus de ressemblance avec ceux de la syphilis. Pour ce diagnostic différentiel, M. Taylor fait appel aux commémoratifs, et ajoute que l'inflammation strumeuse n'attaque que rarement, sinon jamais, les phalanges. Nous croyons que ce diagnostic pourrait dans certains cas rares être très-délicat et que la marche de l'affection et l'influence du traitement pourraient seules trancher la question.

Digitized by Google

Le *traitement*, d'après M. Taylor, consiste dans l'administration de l'iodure de potassium, avec ou sans addition de biodure de mercure. Si la peau devenait très-distendue, avec ramollissement du produit morbide, il serait indiqué de pratiquer une petite incision pour donner issue au liquide.

CURTIS,

Interne des hôpitaux de Paris.

Digitized by Google

SUR LA RÉSORPTION DES MATIÈRES

NON DISSOUTES,

CHEZ LES MAMMIFÈRES,

Par le Dr Henri AUSPITZ, de Vienne.

La question de la résorption des corps non dissous fait l'objet des recherches que l'on va lire. Bien que les faits relatifs à cette résorption se relient nécessairement d'une façon étroite avec ce que nous savons du renouvellement moléculaire de l'organisme à l'état de santé ou de maladie, bien que la pharmaco-dynamique semble pour beaucoup de points essentiels indiquer la solution des questions qui se rattachent à ce phénomène, jusqu'ici cependant ce phénomène n'a pas fait l'objet d'études nombreuses ni approfondies. On a même érigé en axiome physiologique cette idée : *Corpora non agunt nisi soluta*, et par suite on a complétement nié l'absorption des substances non dissoutes, ou bien on a entièrement laissé cette question de côté. Et cependant pour un certain nombre d'observateurs la limite exacte qui sépare les substances dissoutes de celles qui sont tenues en suspension très-fine dans un liquide n'est qu'une simple question de nuance, à tel point que l'on a renoncé à tracer les caractères qui distinguent l'un de l'autre ces deux états. A ce point de vue je puis dire que le travail qu'on va lire n'a pas été entrepris sans un certain espoir d'arriver à une solution.

Les recherches auxquelles se sont livrés jusqu'ici les différents observateurs ont été faites dans trois directions principales. Dans l'une, ils se sont posé la question de sa-

Digitized by Google

voir si et comment les substances non dissoutes peuvent passer de l'intestin dans les vaisseaux chylifères et de là dans le sang. La seconde série d'expérimentateurs a choisi comme théâtre de ses recherches les expansions membraneuses situées à la surface du corps. Enfin, tout récemment, quelques physiologistes ont fait porter leurs recherches sur les grandes cavités du corps : par exemple, la cavité abdominale, ou la plèvre, mises à nu. Je résumerai d'abord brièvement les résultats connus jusqu'ici de ces divers travaux, puis je passerai à la description d'une série d'expériences que j'ai récemment entreprises à l'institut de mon ami le professeur Stricker. Qu'il reçoive ici l'expression de mes remercîments les plus chauds pour la part effective qu'il a prise sans relâche à mes travaux!

D'abord, pour ce qui concerne d'une manière générale l'absorption par le canal intestinal, on sait que les liquides aqueux et les gouttelettes graisseuses passent facilement à travers les parois qui séparent l'une de l'autre les cavités de l'intestin et des vaisseaux chylifères. En général les graisses passent seulement de la paroi de l'intestin grêle dans la cavité des villosités et cela à un état de très-grande division. Comment cela a-t-il lieu et quel est l'appareil qui relie l'épithélium des villosités à la cavité centrale qu'elles contiennent? c'est là une question qui n'est pas encore résolue, mais dont nous n'avons cependant pas à nous occuper ici. Du canal central des villosités de l'intestin, les graisses arrivent dans les vaisseaux lymphatiques de la paroi intestinale, et, à la suite d'un repas où les matières grasses étaient abondantes, ces vaisseaux sont tellement remplis de graisse qu'ils offrent une coloration blanc de lait.

Pour ce qui est de savoir si les matières solides à l'état de fine division peuvent passer du canal intestinal dans la circulation, de nombreuses expériences ont été faites

Digitized by Google

avec différentes substances sur des grenouilles, sur des lapins, des cochons d'Inde et des chiens. Ainsi Oesterlen (1) a donné de l'onguent mercuriel gris à manger à des chats et il dit avoir trouvé du mercure dans le sang. Herbst (2) croyait avoir démontré par un certain nombre d'expériences le passage de globules de lait et de corpuscules amylacés dans les vaisseaux lymphatiques et sanguins. Bruch (3) prétend avoir observé le même fait dans les vaisseaux lymphatiques des chats et des chiens. Donders et Mensonides (4) ont mélangé de la poudre de charbon de bois avec la nourriture qu'ils donnaient à des lapins et ils ont trouvé des particules de charbon dans chaque goutte de sang, où le charbon avait toujours pénétré. Il est vrai de dire que l'on a souvent aussi trouvé des particules analogues dans le sang humain dans des conditions ordinaires. Après avoir fait dessécher les poumons de ces lapins, Donders et Mensonides en coupaient des tranches minces dans lesquelles ils retrouvaient de nombreuses particules de charbon. Après vingt-quatre heures de séjour dans des alcalis ou des acides concentrés, ces particules charbonneuses demeuraient inaltérées, d'où les auteurs tirent cette conclusion que cela ne pouvait pas être du pigment.

Après avoir injecté dans l'estomac de grenouilles un mélange de poudre de charbon et d'amidon de froment, Donders a retrouvé, au bout de quelques heures, des corpuscules d'amidon dans le sang, par exemple de la veine mésaraïque. Donders ajoute que les corpuscules solides sont absorbés par les vaisseaux lymphatiques et non par

(1) Archiv f. physiol. Heilkunde, 1843.

(2) Das Lympgefäss-System und Seine Verrichtungen, 1844.

(3) Kölliker und Siebold's Zeitschrift f. wissenschaftl. Zoologie, Bd. 4.

(4) Nederlandsch Lancet Bd. 4, ferner Aldus Mensonides : Dissertatio de absorptione molecularum solidarum nonnulla. Traj. 1848.

Digitized by Google

les vaisseaux sanguins, parce qu'il n'a pas trouvé de semblables corpuscules dans le foie.

Des expériences analogues ont été faites par Marfels et Moleschott (1) avec des corpuscules de sang de mouton et des corpuscules de pigment de la choroïde de l'œil, qu'ils ont donnés à manger à des grenouilles et à des chiens. Ils ont vu ces corpuscules circuler dans les capillaires de la membrane interdigitale des grenouilles. Dans les cellules épithéliales de l'intestin de ces chiens, ils ont trouvé des granulations de pigment, et dans celles des grenouilles, des disques des globules sanguins du mouton. Au contraire, Hoffmann (2), après avoir fait manger à des animaux du mercure métallique ou de l'onguent mercuriel, n'a rien remarqué dans les villosités de l'intestin qui pût faire conclure à l'absorption de ces substances. Hollander (3), répétant les expériences de Marfels et de Moleschott, est arrivé à des résultats négatifs, de façon qu'il lui paraît vraisemblable que ces deux auteurs ont confondu des corpuscules lymphatiques avec ce qu'ils ont cru être des particules de substances absorbées. Malgré cela, Moleschott (4) a plus tard maintenu ce qu'il avait avancé et a essayé de nouveau de le prouver.

Crocq (5) a trouvé que des particules de charbon peuvent passer de l'intestin (et même de la peau, des membranes séreuses et des organes de la respiration) dans le sang, mais seulement quand ses membranes ont été dépouillées de leur épithélium. Les mouvements imprimés par les parties environnantes peuvent favoriser la pénétration des particules solides dans les interstices des tissus, ce qui les fait

(1) Wien. med. Wochenschr. 1854, nº 52.

(2) Ueber die Aufnahme von Quecksilber und der Fette in den Kreislauf. Diss. Würzburg, 1854.

(3) Virchow's Archiv, 1856.

(4) Untersuchungen zur Naturlehre, II, p. 119, 1857.

(5) Bulletin de l'Académie de Bruxelles, p. 419, 1858.

Digitized by Google

ainsi pénétrer jusque dans les vaisseaux lymphatiques.

A l'appui de son travail sur le mercure, Overbeck (1) cite quelques expériences qu'il a faites sur la résorption : il a fait prendre pendant deux jours à deux grenouilles des boulettes d'onguent gris. Le troisième jour, il ne lui a pas été possible de trouver des globules de mercure dans les capillaires de la membrane interdigitale. Leur ayant au contraire donné une émulsion de gomme arabique contenant du mercure métallique très-finement divisé, ces animaux succombèrent, au bout de quatre heures environ, à une inflammation de la muqueuse intestinale ; il les ouvrit alors, et trouva dans le foie de ces deux grenouilles une très-grande quantité de globules mercuriels. L'auteur croit pouvoir affirmer qu'il n'a pas pu se tromper. Mais, chez un lapin, à qui il donna de l'onguent gris par la bouche, il ne trouva de globules de mercure ni dans les reins, ni dans le foie.

Les expériences dont Rindfleisch a (2) récemment publié les résultats, avaient trait à un autre mode de friction que nous rapporterons plus tard. Cet auteur nourrit des lapins et des cochons d'Inde avec du pain et des pommes de terre mêlés à une certaine quantité d'onguent mercuriel gris. Il a trouvé à la partie inférieure de l'intestin des ulcérations diphthéritiques, situées sur le sommet des replis de la muqueuse; dans le pancréas il y avait quelques globules de mercure, mais il n'en a trouvé aucun dans le sang, ni dans les autres organes. D'où il conclut que le mercure pénètre dans les tissus qui sont béants, et en particulier dans les vaisseaux lymphatiques et dans les ulcères rongeants. Les résultats concordent assez avec ceux de Crocq.

(1) Mercur und Syphilis. 1861, p. 24.

(2) Mein und Pick's Archiv f. Dermatologie und Syphilis. 11 Bd., p. 309. 1870.

Digitized by Google

Telles sont les expériences que je connais. Je crois pouvoir dire que la plupart d'entre elles, si elles fournissent quelque solution positive de la question, n'échappent pas pour cela au reproche qu'on peut leur adresser, à savoir qu'elles procèdent d'une méthode défectueuse. Elles ne donnent pas, suivant moi, la démonstration de la pénétration des particules solides de la cavité de l'intestin dans le chyle, bien que l'analogie de ce phénomène avec le fait connu de l'absorption de la graisse puisse, *à priori*, nous suggérer l'idée que cela est possible. Je n'ai moi-même fait aucune expérience dans ce sens, celles qui ont été faites il y a quatre ans environ, par Stricker et Heitzmann, n'ayant donné aucun résultat décisif.

En second lieu, pour ce qui est de la résorption par les expansions membraneuses de la surface du corps, c'est le plus souvent l'absorption par la peau extérieure qui a fait l'objet des recherches des expérimentateurs. La peau peut absorber certaines substances à l'état de dissolution; c'est là un fait qui a été avancé par beaucoup d'auteurs, et, pour un certain nombre de ces substances, l'observation directe le prouve d'une façon à peu près évidente. Quant à l'absorption des particules non dissoutes par la peau extérieure, les résultats fournis par les nombreuses expériences faites à cet égard sont extrêmement variables; la plupart de ces expériences ont été faites avec le mercure, et presque toutes ont été instituées dans le but d'élucider une question de thérapeutique.

Il n'est certes pas douteux que le mercure, particulièrement quand il agit sur la peau sous forme d'onguent, passe dans la circulation. Mais la question est de savoir s'il est absorbé en tant que corps solide, ou si son absorption est rendue possible par suite de sa transformation en un composé soluble. Si le premier fait était démontré, la question physiologique de l'absorption par la peau de certaines

Digitized by Google

substances non dissoutes serait, par cela même, tranchée d'une façon affirmative.

D'après Overbeck, les premières expériences sur la pénétrabilité de la peau par le mercure ont été faites par Autenrieth et Zeller (1); ces auteurs prenaient des animaux à qui ils enfermaient des morceaux d'or sous la peau; puis, la cicatrisation étant complète, ils frictionnaient la peau avec de l'onguent mercuriel; mais, à l'autopsie, ils ont vu que l'or n'était nullement amalgamé. Overbeck exprime, non sans raison, la pensée que c'est la couche de graisse dont les globules mercuriels étaient recouverts qui a empêché l'amalgame de se produire. De plus, cet auteur a démontré la réalité de ce qu'il avançait; pour cela, il a placé de l'onguent mercuriel, sans l'appuyer, sur un morceau d'or qui est demeuré intact; mais, aussitôt que l'onguent a été comprimé sur le morceau d'or, celui-ci est immédiatement devenu gris. Béclard, et après lui Krause, ont cherché à faire pénétrer du mercure métallique à travers un lambeau d'épiderme au moyen d'une pression de 2 pieds de hauteur; ils n'y ont pas réussi : l'épiderme se déchirait avant que le mercure eût pénétré (2).

Oesterlen (3) a rasé le bas-ventre à des chats, puis il les frottait avec de l'onguent mercuriel (mais, de plus, il leur faisait manger de l'onguent mercuriel). Il dit avoir trouvé dans la plupart des organes, le foie, le pancréas, la rate, les poumons, le cœur, les ganglions lymphatiques, les reins, la peau, les veines de l'épiploon et le tissu cellulaire sous-cutané, des globules de mercure du volume de 1/250 à 1/1000e de ligne. — Il a observé la même chose sur un crapaud.

Eberhard a eu des résultats analogues à ceux d'Oester-

(1) Additions à l'*Anatomie générale* de Bichat, p. 302.

(2) Wagner's Handwörterbuch der Physiologie, art. Haut, p. 153.

(3) A. a. O.

Digitized by Google

len (1). Il a frotté le côté gauche du ventre d'un chien (après l'avoir rasé) avec 1 drachme d'onguent mercuriel; au bout de six heures, il a tué l'animal et il a trouvé dans la peau et dans le sang des veines cutanées, du côté où avait été faite la friction, des globules de mercure qu'il décrit avec beaucoup d'exactitude; au contraire, dans la peau du côté droit du ventre, il n'a trouvé aucun globule mercuriel.

Landerer (2) et van Hasselt (3) ont déclaré avoir obtenu des résultats semblables. De son côté, von Bäresprung (4), après avoir frotté d'onguent mercuriel des parties de la peau (préalablement rasée) du ventre et de la cuisse chez des chats et des chiens, aurait constaté des résultats négatifs; les mêmes faits sont relatés par Donders (5), qui avait frotté des lapins avec de l'onguent mercuriel, et des grenouilles et des lapins avec de la poudre de soufre; il en est arrivé de même à Hoffmann (6), qui avait frotté trois lapins avec de l'onguent mercuriel, et qui avait également fait des frictions de pommade mercurielle sur le cou d'un homme de trente-sept ans, plusieurs heures avant la mort.

De Bæresprung, reprenant les expériences d'Autenrieth, n'a pu, ni avec l'or métallique, ni avec le miscroscope, trouver des globules de mercure à la surface interne d'une vessie de cochon tendue, non plus qu'à la face interne du repli péritonéal du foie d'un veau. Overbeck pense que ces résultats négatifs peuvent provenir de ce que les expéri-

(1) Versuche über den Uebergang fester Stoffe von Darm und Haut aus in die Säftemasse des Körpers. Inaugural-Dissert. Zürich, 1847. — Henle u. Pfeufer's Archiv, neue Folge, Bd. 1. 3. Heft.

(2) Buchner's Repert. N. R. Bd. 45, 1847, s. 59.

(3) Nederl. Zamet. August, 1849.

(4) De transitu medicamentorum, præsertim Hydragyri per tegumenta corporis externa. Halæ, 1847, und Journ. f. prakt. Chemie von Erdmann u. Marchand, Bd. 50, 1850.

(5) A. a. O.

(6) A. a. O.

Digitized by Google

mentateurs en question n'ont pas fait les frictions d'onguent mercuriel assez fréquemment ni en quantité suffisante.

La question a été étudiée d'une façon plus approfondie par Voit (1) en 1857. Il a frotté fortement, et plusieurs fois dans la même journée, la face interne de l'avant-bras d'un supplicié, avec une certaine quantité de pommade mercurielle; puis il a nettoyé soigneusement la place. Après avoir détaché ce lambeau de peau du tissu cellulaire sous-cutané, il en fit des tranches minces qu'il examina. L'épiderme entier était parsemé de globules noirs qui s'étendaient jusqu'aux papilles; il y en avait même quelques-uns jusque dans le derme. Tous ces globules étaient très-petits et noirs; Voit attribue cette coloration à un commencement d'oxidation; il a même vu dans quelques points un ou deux globules qui allaient jusqu'aux vaisseaux sanguins.

Je rappellerai ici que les expériences de Crocq (2), que j'ai déjà rapportées plus haut, n'ont pas seulement porté sur l'intestin; cet observateur a également vu, ainsi que je l'ai dit, des particules de charbon passer à travers le tégument externe, les séreuses et aussi les organes respiratoires, et pénétrer dans la masse du sang, dans tous les cas où ces surfaces d'absorption avaient été dépouillées de leur revêtement cellulaire.

De Recklingshausen (3) a introduit dans le cul-de-sac conjonctival de l'œil, du calomel pendant huit jours de suite à un premier chien, et à un autre chien pendant quatre semaines; à un troisième chien, il a introduit pendant quatre semaines du cinabre dans la même région (la lecture du texte donne à entendre qu'il n'a pas été fait de frictions avec l'onguent gris). Or il n'a retrouvé aucune trace de mercure

(1) Physiologisch-chemische Untersuchungen, 1. Heft, Augsburg 1857.

(2) A. a. O,

(3) Henle u. Pfeufer's Bericht, n. F., VI. Bd. 1859.

Digitized by Google

ni dans la cornée, ni dans la conjonctive, ni dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, ni dans les ganglions lymphatiques. Chez le premier animal, la conjonctive avait été dépouillée de son épithélium avec l'acide chlorydrique bouillant; de Recklingshausen croit que, comme d'après Mialhe, le calomel serait soluble dans une dissolution de chlorure de potassium, de chlorure de sodium et aussi de chlorure d'ammonium, le calomel a pu dans ce cas se dissoudre de cette manière.

Merbach (1) dit avoir vu l'iodure de potassium passer à travers la peau, à la suite de frictions faites avec cette pommade; enfin Zülzer (2) a observé la pénétration des pommades de mercure et d'iodure de plomb dans les voies glandulaires de l'épiderme soulevé au moyen d'un vésicatoire.

Delore (3) prétend au contraire que les corps insolubles, le mercure excepté, ne sont jamais résorbés et que par conséquent les pommades dans lesquelles entrent ces substances n'ont aucune action. L'iodure de plomb est absorbé en petite quantité à la surface des plaies, mais non par la peau.

Overbeck (4) a d'abord répété l'expérience de Bäresprung, frottant pendant un certain temps avec de l'onguent mercuriel une vessie de cochon mouillée, il a obtenu un résultat positif évident. Puis il a fait sur lui-même et sur d'autres personnes des expériences à l'aide de frictions, mais il ne lui est jamais arrivé de voir, même dans les cas où il y a eu salivation, des globules de mercure ni dans

(1) Archiv f. Balneologie, 1863.

(2) Ueber die Absorption durch die äussere Haut. Wiener medic, Rundschau, 1864, IV.

(3) De la résorption des médicaments par la peau saine. *Journ. de la phys.*, VI, p. 249 ; 1863.

(4) A. a. O.

Digitized by Google

la salive, ni dans l'urine. Les résultats ont été tout autres chez les animaux. Ainsi il a fait les frictions répétées d'onguent gris sur la cuisse, la poitrine, le ventre ou la tête préalablement rasée, à des lapins, à des chats et à des chiens, et il les recouvrait d'un bandage solide pour empêcher ces animaux de lécher la pommade. Il affirme qu'il était facile de reconnaître la présence de globules mercuriels au fond des parties de peau qui avaient été frottées, et aussi dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ces globules étaient presque tous très-petits, comme Voit les a vus; çà et là il y en avait quelques-uns de très-gros. Voit dit qu'il a constamment trouvé ces globules oxidés. Overbeck ne les a vus qu'exceptionnellement dans cet état. Chez un lapin dont il avait frotté le thorax pendant huit jours de suite, il a constaté la présence du mercure non-seulement dans l'épiderme et dans la peau, mais encore, et cela d'une façon incontestable, dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les muscles intercostaux et même jusque dans la plèvre. Contrairement à ce qui avait été vu par Eberhard, Overbeck n'en pas trouvé dans les veines cutanées. Chez un chat qu'il avait frotté pendant quatre jours, il trouva du mercure en quantité dans le tissu des reins, dans les canalicules urinaires et dans les bassinets; il y en avait très-peu dans le foie et dans le sang.

Chez un chien frotté journellement, pendant quatorze jours, avec 1/2 drachme d'onguent gris, il a également trouvé une très-grande quantité de globules mercuriels dans les reins, en particulier dans les bassinets, dans les matières fécales (mélangés à du sulfure de mercure), ainsi que dans la muqueuse de la cavité buccale; il y en avait peu dans le foie, quelques-uns seulement dans la substance musculaire du cœur et dans le cerveau.

Chez un chien qui avait été graissé journellement pendant six semaines avec 1/2 à 1 drachme de pommade, on

Digitized by Google

ne trouva de mercure ni dans la muqueuse de la cavité buccale, ni dans les poumons; mais il y en avait dans les gros caillots fibrineux qui se trouvaient dans les deux cavités du cœur; il y avait quelques globules dans le foie, beaucoup dans les matières fécales et dans les reins, un petit nombre dans les glandes salivaires, ainsi que dans les couches les plus profondes de la peau de la cuisse gauche qui n'avait été frottée que deux fois au début de l'expérience; enfin il y en avait quelques-uns dans le sédiment de l'urine.

Le même auteur frotte un chat et un lapin avec de grandes quantités d'onguent mercuriel, et leur place le corps dans un sac pour les empêcher de se lécher; puis le quatrième jour, il les tue. Chez le chat il trouva des globules de mercure dans le fond du derme, dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les muscles, dans le canal intestinal, le foie et les reins.

Enfin, chez un moineau, qui mourut au bout de deux jours, Overbeck trouva des globules de mercure dans le foie et dans l'intestin. Dans toutes les expériences de cet auteur, les globules de mercure trouvés dans la peau avaient de 1/200 à 1/2000 de ligne; ceux trouvés dans les reins mesuraient 1/50 de ligne.

En outre des expériences faites sur le canal intestinal et dont nous avons parlé plus haut, Rindfleisch (1) a répété les expériences faites par Overbeck à l'aide des frictions; il les pratiquait sur les oreilles, c'est-à-dire sur une partie que les animaux ne peuvent pas lécher, et il dit à ce propos que les bandages employés par Overbeck n'avaient aucune utilité, et que c'est parce que les animaux ont avalé de la pommade que cet auteur a trouvé du mercure dans les matières fécales. Il a vu que pas un seul globule mercuriel

(1) A. a. O.

Digitized by Google

ne traverse l'épiderme, et qu'il n'en pénètre pas non plus dans les conduits excréteurs des glandes, ni dans les follicules pileux. Il a fait ces expériences sur les avant-bras de plusieurs cadavres.

Il a introduit de l'onguent gris dans le cul-de-sac conjonctival d'un lapin, puis il a fermé la fente palpébrale au moyen de plusieurs points de suture ; l'animal se frottant violemment l'œil, il survint une conjonctivite intense avec suppuration. L'épithélium de la conjonctive était intact sur tous ses points. On trouva sur la cornée une place opacifiée. Examinant l'œil avec soin, on n'y trouva nulle part de globules mercuriels.

Enfin ce même auteur porta une petite quantité d'onguent gris dans le sac péritonéal d'un lapin à travers une ouverture pratiquée à l'abdomen. On trouva bien des globules de mercure dans le réseau lymphatique du centre tendineux (c. phrénique), mais il n'y en avait ni dans les ganglions lymphatiques du mésentère et de la région rétropéritonéale, ni dans d'autres organes.

Si nous examinons dans leur ensemble les expériences que nous avons énumérées jusqu'ici, nous devons d'abord faire abstraction de toutes celles qui ont donné des résultats tout à fait négatifs, parce qu'on en peut tout au plus tirer cette conclusion générale qu'il faut instituer d'autres expériences suivant une autre voie, et de plus parce que l'objection qui a été faite, à savoir que les frictions ont été appliquées pendant un temps trop court et avec des quantités insuffisantes, n'a pas été détruite et reste tout entière.

Mais même les expériences qui ont été faites à l'aide du mercure et qui ont donné des résultats positifs, n'ont pas encore répondu d'une manière satisfaisante à la question de la résorption des substances non dissoutes. Il faut évidemment diviser la question en deux : d'abord, le mercure

Digitized by Google

métallique peut-il pénétrer à travers l'épiderme ? et en second lieu, pénètre-t-il dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané à l'état de mercure métallique, par conséquent non dissous ? Pour ce qui touche la première question, nous reviendrons plus tard sur ce fait, qu'un des problèmes les plus difficiles est de tenir les animaux dans un état de propreté parfaite et d'avoir des préparations bien pures, et aussi, qu'il n'est pas facile même pour l'observateur le plus exercé au maniement du microscope et armé de tous les moyens d'investigations physiques, d'établir que ce sont bien de petits globules de mercure qu'il a devant lui, et qu'au contraire ce ne sont pas des bulles d'air, ni des globules graisseux ou des granulations de pigment. C'est pour ce motif que la question, si simple en apparence, de la pénétration des substances à travers l'épiderme n'a pas reçu jusqu'à présent une solution définitive. C'est pour ce même motif qu'il me paraît superflu d'entrer dans un examen détaillé des résultats contradictoires auxquels les auteurs sont arrivés.

A supposer que la première question soit tranchée d'une façon affirmative, la seconde se présenterait de suite, et celle-là même est bien loin d'être résolue. Ainsi Voit, qui a observé la pénétration du mercure pur, encore que ce soit en globules oxydés, à travers l'épiderme, Voit, dis-je, est loin de prétendre pour cela que la résorption ultérieure de ces globules ait lieu sous forme de corps non dissous ; il admet au contraire que le mercure métallique, s'unissant aux liquides qu'il rencontre dans les tissus, se transforme en sublimé, qui se dissout facilement et, dès lors, est résorbé. En outre, il est constaté que dans l'onguent gris, surtout quand il n'est pas parfaitement frais, avec le mercure métallique, il existe en même temps un sel composé d'un acide gras et d'oxidule de mercure, sel qui, en présence du chlorure de sodium des liquides conte-

Digitized by Google

nus dans les tissus, se transforme facilement en calomel et se dissout. Ainsi s'expliquerait *à priori* l'action de l'onguent mercuriel sur l'organisme, sans qu'il soit nécessaire de supposer que le mercure passe à l'état métallique dans le sang.

Mais admettons même que l'on ne veuille pas contester que le mercure pénètre dans les organes internes, comme différents auteurs, et récemment Overbeck, l'ont observé dans leurs expériences sur les animaux, il n'en reste pas moins toujours une hypothèse possible : c'est que, dans les liquides de l'économie, sous l'influence de certaines circonstances favorables, la double combinaison, qui, d'après Voit, se fait dans le sang, entre l'albuminate de mercure et le chlorure de sodium, arrive à se décomposer et, dès lors, une certaine quantité de mercure métallique peut se trouver de nouveau mise à nu.

De ce que nous avons dit, il résulte d'une façon bien évidente que, pour ces seuls motifs, le mercure est une substance qui convient peu, sous le double rapport physique et chimique, pour les expériences sur la résorption des substances solides. En outre, le mercure se divise si finement, qu'il est à peine admissible que, des expériences faites avec ce corps, on tire des conclusions valables pour des substances qui se prêtent moins à une division en petites parcelles.

Il faut donc, pour résoudre la question de la résorption, que les recherches physiologiques soient faites avec d'autres substances et en suivant d'autres méthodes. Dans le fait, von Recklinhausen (1) a utilisé ses travaux sur le système lymphatique pour appliquer à la question de la résorption les résultats qui lui étaient fournis par la voie qu'il avait suivie. Il a injecté dans la cavité abdominale de plusieurs lapins du lait pur ou étendu, une solution de sucre mélangée

(1) Zur Fettresorption. Virchow's Archiv, 1863.

Digitized by Google

de bleu de cobalt ou d'encre de Chine, une émulsion de jaune d'œuf de poule, un mélange d'huile d'olive et de cinabre, de l'huile pure, du sang de bœuf battu ; il a ainsi institué seize expériences qui lui ont démontré que les vaisseaux lymphatiques du centre phrénique absorbent non-seulement les liquides (provenant de la cavité abdominale qui ne sont pas miscibles avec l'eau, mais encore les liquides aqueux et huileux qui contiennent en suspension de petites particules susceptibles ou non de changer de forme. D'autres expériences lui ont appris, au contraire, que les vaisseaux chylifères ou d'autres parties du péritoine n'absorbent nullement les liquides provenant de la cavité abdominale.

(*La suite au prochain numéro.*)

Digitized by Google

REVUE DES JOURNAUX.

DE L'ONYX, PAR LE DOCTEUR BRICE SMITH, DE BELFAST.

Dans une courte note l'auteur rappelle qu'on doit considérer cette maladie comme une inflammation de la matrice de l'ongle, tenant à des causes locales ou constitutionnelles. On la divise, en général, en deux formes, la forme simple et la forme spécifique ou maligne. C'est à propos de cette dernière variété d'onyx que le docteur Smith a eu occasion de faire les observations suivantes.

Cette affection est plus fréquente à Belfast que dans les autres cités manufacturières de l'Angleterre et de l'Écosse; cela tient, dit-il, à ce que les ouvriers des manufactures de lin de Belfast travaillent, en général, nu-pieds, tandis que partout ailleurs ils portent des sabots ou des souliers. Il a remarqué que la maladie attaque ordinairement les jeunes filles d'un tempérament lymphatique ou anémié, et toujours celles qui se tiennent dans les salles de filature; l'ongle du gros orteil est celui qui est le plus fréquemment envahi. Cette lésion est déterminée par l'influence nuisible de l'eau chaude et sale qui est répandue sur le plancher; cette eau est rendue irritante par l'action du cuivre et des autres métaux composant les machines; les pieds des ouvriers sont constamment en contact avec ce liquide nuisible qui pénètre sous l'ongle, occasionne cette inflammation lente et douloureuse, et la perte ultérieure de l'ongle que l'auteur désigne sous le nom d'onyx traumatique.

Les symptômes constitutionnels dans ces cas sont ordinairement bien tranchés. Les ouvriers employés dans les

Digitized by Google

filatures, respirant constamment une atmosphère viciée, chargée de vapeur dont la température est à peu près de 20° à 26° centigr., deviennent anémiques, pâles et par conséquent prédisposés aux affections résultant de cet état de l'organisme.

Le meilleur mode de traitement est d'exciser l'ongle et de faire ensuite des lotions avec :

Solution de Fowler.....	1 gram. 80
Eau distillée.	60 gram. »

A la première période de la maladie l'auteur, en raison de l'irritabilité nerveuse qu'il a constatée chez le plus grand nombre de ces ouvriers, s'est très-bien trouvé de l'emploi de l'opium comme remède constitutionnel et comme application locale. Dans tous les cas l'usage interne des toniques, fer, huile de foie de morue, sera un puissant auxiliaire pour compléter la guérison en modifiant favorablement l'état général.

(*Journal of Cutaneous Medicine*, etc.)

CAS D'HERPÈS CONTAGIEUX, PAR J. BRANDON CURGENVEN.

Premier groupe d'observations.—L'auteur est appelé pour visiter un jeune homme de vingt-deux ans, d'une santé antérieure excellente, qui, après des prodromes fébriles assez sérieux (vomissements bilieux, frissons, douleurs et faiblesse musculaire), ressent un mal de gorge dû à des plaques d'herpès disséminées sur le voile du palais, les amygdales, la base de la langue et le pharynx; le cinquième jour de la maladie, l'éruption semble descendre dans l'œsophage et le larynx, ainsi que l'indiquent la dysphagie et l'aphonie du malade; mais, en même temps, des vésicules herpétiques apparaissent aux coins de la bouche, aux ori-

Digitized by Google

fiées des narines, à l'angle interne des yeux, sur le scrotum, sur le prépuce, et même, mais très-discrètement, sur les membres et sur le front; l'état fébrile se continue pendant huit jours environ et disparaît peu à peu, en même temps que la desquamation vient mettre fin à l'éruption cutanée; la voix est revenue complétement au bout de quinze jours. La femme, la belle-mère, puis le frère du malade, sont pris successivement des mêmes accidents aux septième, huitième et quinzième jours; chez eux, l'éruption porte surtout sur la langue et les amygdales; l'état fébrile dure également huit jours environ.

Second groupe d'observations. — Il s'agit de trois malades demeurant dans le même appartement et qui ont été pris successivement d'une angine fébrile à forme vésiculeuse, angine qui a disparu au bout de cinq jours; quelques détails seraient nécessaires pour mieux préciser la nature de la maladie.

L'auteur fait suivre ces observations de quelques réflexions sur le diagnostic et l'étiologie de cette affection; il la distingue, après Hebra, de la stomatite aphtheuse; enfin, il émet l'hypothèse de la transmission, effectuée sans doute par le lait, d'une maladie de nature herpétique à laquelle sont sujettes les vaches (*prot and mouth disease*); cette maladie, regardée comme aphtheuse jusqu'à présent, serait plutôt de nature vésiculeuse, et l'auteur propose de lui assigner le nom d'*herpes epizooticus contagiosus*.

(*British Medical Journal.*)

NOTES SUR LA PRÉSENCE DES PARASITES DANS LE PRURIGO SENILIS, PAR EDWARD NETTLESHIP.

L'étiologie du prurigo senilis n'est point encore bien connue; l'auteur incline fortement à regarder cette affec-

Digitized by Google

tion comme constamment parasitaire, tout en reconnaissant que l'intensité de l'éruption n'est nullement proportionnelle au nombre de parasites, et qu'un sujet, qu'ils ont attaqué une seule fois, peut être sujet ultérieurement à des récidives de prurigo dues aux causes les plus légères; la statistique suivante a été faite par M. Nettleship : dans cinquante-cinq cas de prurigo chez des adultes ou chez des vieillards, il a recherché les parasites et il les a rencontrés cinquante-deux fois; dans huit cas, on n'a trouvé que des *pediculi capitis*, mais il est vrai que dans sept cas on n'avait pas examiné le reste du corps; il reste quarante-quatre cas dans lesquels les poux ont été trouvés sur le corps ou dans les habits des malades, et l'auteur pense que l'examen serait encore plus concluant si beaucoup de malades ne changeaient de vêtements avant d'entrer à l'hôpital.

Le *pediculus capitis* n'est point rare chez l'adulte, ainsi qu'on semble le croire; seize fois M. Nettleship en a rencontré coïncidant avec le *pediculus corporis;* mais, dans la plupart de ces cas, le cuir chevelu était presque insensible et n'offrait rien de comparable aux éruptions intenses qu'on rencontre en pareil cas chez les enfants.

(*British Medical Journal.*)

CAS DE MALADIE PARASITAIRE PRODUITE PAR LA LARVE DE L'ŒSTRUS BOVIS, PAR R. WALKER.

La propagation de l'*œstrus bovis* à l'espèce humaine, et spécialement à la femme, n'est point rare, paraît-il, dans l'Amérique du Sud et dans les îles Shetland; la larve chemine dans la peau et se fait ordinairement jour par un abcès furonculeux analogue à ceux qui se produisent chez les bêtes à cornes; l'auteur l'a observée chez une jeune femme

Digitized by Google

de vingt-deux ans, habitant les îles Shetland; la malade présentait un long sillon rouge, très-douloureux, semblable à un vaisseau lymphatique enflammé, s'étendant de la région lombaire à l'omoplate, et terminé à son extrémité supérieure par une élevure de la peau surmontant un petit corps dur, sur lequel l'auteur fit une incision qui amena l'expulsion d'un parasite; malgré l'intérêt de cette observation, nous aurions aimé voir M. Walker appuyer son diagnostic sur quelques renseignements étiologiques et sur la description anatomique du parasite, points importants qu'il a laissés complétement de côté.

(*British Medical Journal.*)

Dr H. Coutagne.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE (*suite*).

---

2. H. Kobner : transmission de la syphilis par la vaccination.

A. Sostorfer : études sur les rapports anatomiques de la peau dans les condylomes acuminés, sous-cutanés et larges.

A. Hausen : pathologie de la lèpre.

E. Sipp : étude sur l'érythème exsudatif multiforme d'Hebra.

Em. Kohn : traitement des bubons par la ponction.

Th. Simon : recherches sur les exanthèmes prodromiques de la variole.

Sur la syphilis de l'organe de l'ouïe, par le docteur J. Gruber, docent à l'université de Vienne, etc. (Viener medicinische Presse, 1870).

Paris. — Impr PAUL DUPONT, rue Jean-Jacques-Rousseau, 41.

Digitized by Google

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

DE LA DARTRE

PAR M. CHARPY

Ex-Interne des hôpitaux de Lyon.

DE LA DARTRE AU POINT DE VUE DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

(2e article)

Après avoir étudié isolément l'eczéma et le psoriasis, il nous reste à en rapprocher les affections analogues, puis à les comparer entre eux.

1° De l'eczéma comparé aux affections analogues.

Eczéma et Érythème. — L'érythème n'est qu'une hyperhémie, une sur activité circulatoire engendrée le plus souvent par la présence de produits toxiques, tels que les

Digitized by Google

virus de la syphilis, de la scarlatine, du typhus ou du rhumatisme, qui tendent à s'éliminer par les glandes cutanées. — Dans l'eczéma, y compris le pityriasis rubra, il y a en moins les produits toxiques, et en plus une lésion conjonctive.

Eczéma et Érysipèle. — Dans l'érysipèle simple ou vésiculeux, il y a infiltration de produits toxiques et migration en masse de globules blancs qui ne peuvent aboutir qu'à la disparition ou à la collection purulente. — Dans l'eczéma, c'est une néoformation conjonctive allant depuis la résorption jusqu'à l'organisation cicatricielle.

Eczéma et Catarrhe. — Les muqueuses et la peau constituant un même tissu tégumentaire, avec quelques variations de détail dans la structure, il s'en suit que l'eczéma et le catarrhe ordinaire des muqueuses sont deux maladies anatomiquement semblables d'une manière générale. De part et d'autre, une période sèche et une période humide, une lésion conjonctive et une lésion épithéliale. — Seulement, dans le catarrhe, les glandes et les vaisseaux étant plus nombreux, l'épiderme plus mince et plus friable, il en résulte que l'hypersécrétion séreuse et la néoformation épithéliale sont plus promptes et plus abondantes ; la lésion conjonctive est de prime abord masquée. -- N'existe-t-il pourtant aucune différence anatomique entre une pharyngite *a frigore* et une pharyngite eczémateuse (et ce que je dis du pharynx s'applique à toutes les muqueuses) ? La pharyngite *a frigore* attaquant un tissu préalablement sain, tend à guérir ; ce qui la distingue, c'est la réaction proliférante dans tous les tissus frappés, c'est l'excès de force dans les glandes et les vaisseaux. La pharyngite eczémateuse, attaquant un tissu préalablement affaibli, tend à s'éterniser : une néoformation lente et insuffisante, une

Digitized by Google

infiltration séreuse dans l'épithélium, trahissent sa faiblesse native.

Eczéma et Miliaire. — Dans la miliaire et l'herpès, on ne trouve qu'une hyperhémie exsudative. Souvent aussi la pathogénie diffère. C'est ainsi que dans la miliaire, *a calore*, les vésicules sont dues à ce que les produits sudoriques, ne pouvant tous être éliminés par les glandes, transsudent et se créent des voies factices d'élimination.

Eczéma et Pemphigus. — Le pemphigus appartient à la série morbide de l'eczéma, mais à une puissance plus élevée. Les squames sont plus nombreuses, la vésicule plus grande; fondamentalement la lésion est la même. — Cette prolifération monstrueuse de l'épiderme dans le pemphigus foliacé, sous les dehors de la force, prouve une faiblesse réelle : car ce travail instable ne tend pas à une organisation définitive. Il en est de même pour ces larges collections de sérum dans le pemphigus bulleux des enfants et des vieillards. On dirait des organismes qui se léquifient. L'eau est en excédant dans le liquide nutritif, les parois affaiblies des vaisseaux la laissent transsuder, et l'épithélium qui l'a reçue, incapable de l'éliminer ou de l'utiliser en la transformant, se laisse dessouder et soulever sur des points multiples de son étendue.

2° Du psoriasis comparé aux affections analogues.

Psoriasis et Ichthyose. — L'ichthyose est au psoriasis ce que le pemphigus est à l'eczéma : toutes les cases du damier tégumentaire sont envahies. — C'est une dégénérescence de la peau, plutôt qu'une maladie ; et par elle (ichthyose histrix) l'homme remonte à l'état primitif, à la peau de l'animal sauvage, tout comme l'idiot retourne au cerveau du chimpanzé.

Digitized by Google

Psoriasis et Onychogryphose. — L'onychogryphose (hypertrophie unguéale) est due à une néoplasie de l'épithélium unguéal. C'est une lésion de la vieillesse, lente et bâtarde, se rapprochant plutôt de l'arthrite sénile.

3° De l'eczéma comparé au psoriasis.

L'eczéma est une maladie essentiellement conjonctive, le psoriasis est avant tout épithélial. Le premier est l'inflammation type avec ses quatre symptômes cardinaux, le second n'est qu'une phlegmasie incomplète.

L'eczéma affecte d'emblée ou secondairement les gaînes vasculaires : d'où sa diffusion, sa continuité, et sa dépendance à l'égard de toutes les causes qui peuvent amener une suractivité circulatoire. Le psoriasis ne touche presque pas aux vaisseaux : d'où sa limitation, sa fragmentation, et son immunité par rapport aux changements intra-vasculaires.

Le psoriasis respectant les glandes, la peau continue ses fonctions, le sang reste inaltéré, et la santé générale ne peut être éprouvée. L'eczéma atteignant les glandes, la respiration cutanée est amoindrie, et une réaction est possible sur l'organisme entier, soit que les adénites de voisinage engendrent la leucoytose, soit que, par assimilation aux effets des grandes brûlures, on observe des congestions viscérales réflexes ou la résorption des produits excrémentitiels.

Remarques. 1° Pourquoi le psoriasis est-il si rare sur les muqueuses ? — A cause de la minceur de leur épiderme et de son renouvellement constant. C'est une maladie lente qui suppose dans le terrain où elle germe la vie affaiblie des systèmes organiques inférieurs.

Digitized by Google

2° Pourquoi le psoriasis se limite-t-il par plaques? — Parce que la peau est un damier où les ramifications vasculaires et nerveuses représentent une série de territoires contigus. Les vaisseaux restant sains, la maladie éclose sur divers points irrités se localise faute d'alimentation.

3° Pourquoi les manifestations de l'eczéma et du psoriasis sont-elles le plus souvent bilatérales et symétriques? — D'abord, parce que dans deux points similaires, tels que les deux mains, la vie extérieure et intérieure du tissu est la même, et partant offre la même prise à la maladie..... et puis, parce qu'étant donné un point du système cutané, ses nerfs sensitifs qui dirigent sa vie extérieure et ses nerfs trophiques et vasomoteurs qui règlent sa vie intime sont reliés à ceux du point correspondant à l'aide de courants réfléchis.

Nous pourrions à la rigueur borner là notre étude; le microscope s'arrête à ces données. Mais la déduction va plus loin; et d'ailleurs nous n'aurions que des idées bien incomplètes sur les causes qui ont préparé ces phénomènes anatomiques, sur le terrain où ils se sont produits, sur leur caractère général, et sur les modifications que nous pouvons y apporter. Nous traiterons donc successivement : de la nature de la diathèse dartreuse, — de sa manifestation, — de sa cause, — de son analogie avec la diathèse scrofuleuse — et enfin de son traitement.

Digitized by Google

1° Nature de la diathèse dartreuse.

Il est bien entendu qu'il s'agit, non pas de l'affection, de l'acte par lequel se manifeste la diathèse, mais bien de la diathèse elle-même, de ce génie des tissus qui existe en eux à l'état de puissance jusqu'au moment de sa révélation.

Ceci étant posé, voici comment elle doit être définie : La diathèse est la *vulnérabilité d'un tissu dégénéré*. Or un tissu dégénéré est celui dont la structure est défectueuse ; il reçoit en naissant, si je puis ainsi parler, la tache originelle de l'imperfection.

Supposons un instant qu'il s'agisse du derme chez un homme sain. Chaque élement primitif de cet organe, chaque cellule est une machine dans le monde des infiniment petits; c'est un appareil autonome dont la structure est définie et en rapport avec la fonction qui lui est dévolue. Il reçoit du mouvement sous la forme de chaleur, d'électricité, de lumière ou de produits chimiques ; ce mouvement, il le transforme en son intérieur pour se l'assimiler; puis il le rend au dehors après l'avoir de nouveau décomposé. Cet échange de forces reçues et rendues constitue la fonction de la cellule, c'est son *travail mécanique*; et l'on conçoit que ce travail sera toujours proportionné à la constitution de son appareil générateur, et que si une cause étrangère vient le troubler, il tendra toujours à se rétablir une fois la cause supprimée. — Ainsi le tissu dermique d'un homme sain est celui dont toutes les cellules, dont tous les appareils ont la structure voulue pour accomplir le travail qui leur est imposé.

Soit maintenant le derme d'un sujet prédisposé à l'eczéma.

Digitized by Google

Ses appareils élémentaires, ses cellules ont dans leur structure un vice congénital, un défaut naturel. Que ce soit l'effet du groupement vicieux ou du nombre incomplet de ses molécules intégrantes, peu importe ! ce tissu est né infirme. Il fonctionnera plus ou moins bien et plus ou moins longtemps, comme une montre dont le mécanisme défectueux continue cependant son mouvement jusqu'au premier obstacle. Mais vienne le moindre choc, et le travail mécanique de la cellule sera changé, il déviera dans le sens de l'arrêt ou de la prolifération : l'affection eczémateuse apparaîtra.

On le voit, la diathèse ainsi comprise est le défaut latent d'un tissu dégénéré : c'est bien cette défaillance, cette vulnérabilité, cette funeste disposition (δια-θεσις) d'un tissu dont les appareils mal construits sont toujours exposés à voir leurs fonctions perverties.

Corollaires. — Si l'on admet les données précédentes, qui ne sont pas il est vrai un théorème, mais une simple hypothèse plus ou moins plausible, il en découle deux corollaires principaux :

1° La diathèse dartreuse n'est pas une maladie du système sanguin ; les altérations du sang sont secondaires et non primitives. Ce que le dartreux transmet à ses fils, ce n'est pas un sang altéré, une dyscrasie (chose impossible, vu le renouvellement constant du sang), mais un appareil attaquable et frappé d'impuissance ; l'enfant dans sa structure physique reflète celle de ses parents, il en est la réduction. — Ce que je dis de la dartre s'applique à la plupart des diathèses. Inutile d'ajouter que la syphilis n'est pas une affection diathésique, mais une intoxication lente, qui se range à côté de la morve chronique.

2° Le nombre des diathèses est bien plus grand que le nombre jusque-là fixé. Tout système anatomique, tout or-

Digitized by Google

gane, tout appareil, s'il est né faible et dégénéré, constitue une diathèse. En voici quelques exemples :

Tissu séreux : Rhumatisme et Goutte.
— conjonctif : Tumeurs malignes
— adipeux : Obésité.
Système cutané : Eczéma et Psoriasis.
— lymphatique : Scrofule.
— vasculaire : Hémophilie.
— nerveux : Folie, Hystérie, Paralysies spinales.
— pileux : Calvitie précoce.
Organe du foie : Coliques hépatiques.
— du poumon : Asthme.
— dentaire : Carie héréditaire (dans les races et les familles).

Cette liste est très-incomplète ; mais telle qu'elle est, elle indique la voie à suivre pour la classification des diathèses. Nous voilà loin de l'humorisme ancien qui, ignorant la puissance des tissus isolés, centralisait les causes morbides dans le liquide de nutrition générale. C'est la tendance de l'école moderne, au contraire, de restituer aux tissus leur part de liberté et d'indépendance, et de les rendre par là-même responsables d'un groupe déterminé d'affections ; elle isole les maladies et les diathèses, comme l'analyse spectrale isole les éléments confondus dans un même faisceau de lumière.

2° De la manifestation de la Diathèse dartreuse.

Nous venons de voir quelle était l'essence d'une diathèse : il nous reste à dire comment à certains moments elle se manifeste à nos regards, par quelle lésion anatomique elle signale ses diverses apparitions.

Digitized by Google

Soit un sujet frappé de diathèse dartreuse. Le vice de construction de son tégument reste pour nous lettre close. Il échappe à toute recherche microscopique. Survient un coup de froid : une éruption eczémateuse apparaît et se généralise. — En quoi consiste ce phénomène transitoire : telle est la question à résoudre.

Si nous résumons les détails donnés dans l'article précédent, nous voyons que tout se réduit à une prolifération. Donc la cellule qui a proliféré, au lieu d'utiliser pour son entretien et sa conservation la ration alimentaire que le courant sanguin lui apporte à chaque seconde, a distrait ces matériaux totalement ou partiellement, pour procréer une autre cellule semblable à elle-même et complètement inutile. Le phénomène eût été le même si, au lieu d'un eczéma diathésique, on eût eu affaire à un eczéma accidentel, comme un eczéma de l'aisselle par contact de la sueur. Mais voici la différence :

Dans l'eczéma accidentel, l'hypergenèse comme naissance, comme intensité, comme étendue et comme durée, est adéquate à la cause qui l'a produite. On pourrait déterminer et peser la quantité d'acide sudorique ou d'acide lactique nécessaire pour produire un eczéma de telle intensité ; l'affection reste localisée au territoire qu'imprègnent ces acides, et, quand ils ont disparu, elle disparaît à son tour, tandis que dans un eczéma diathésique, la maladie n'est plus proportionnelle à sa cause. C'est ainsi qu'il suffira d'une orgie passagère pour engendrer un eczéma de la tête, eczéma qui croîtra encore, alors que les fumées irritantes de l'ivresse seront depuis longtemps dissipées, qui gagnera les points du corps les plus éloignés, et, s'il guérit, menacera toujours de récidiver.

C'est donc une rupture d'équilibre, une déviation de mouvement non proportionnelle à la force d'impulsion, — et cela par le fait de la structure imparfaite de la cellule.

Digitized by Google

Qui dit *prolifération excessive* ne veut pas dire exubérance de force ; ce n'est au fond qu'un signe de faiblesse, la faiblesse irritable. Ne la retrouve-t-on pas, cette fécondité, dans ces organismes inférieurs qui pullulent à l'infini, ou encore dans ces fleurs ou ces fruits monstres qui perdent dans une procréation maladive leurs propriétés de parfum ou de saveur ? — Ainsi ce derme si excitable rentre dans la loi générale que Cl. Bernard a appliquée à tous les tissus en disant : « quand un élément histologique meurt ou *tend à mourir*, son irritabilité avant de diminuer commence toujours par augmenter ; et ce n'est qu'après cette exaltation primitive qu'elle redescend et s'éteint progressivement. »

3° Cause de la Diathèse dartreuse.

Ce chapitre d'étiologie comprend deux problèmes distincts : rechercher la cause qui détermine l'existence de la dartre ; — rechercher la cause qui en détermine la forme (conjonctive ou épithéliale).

L'eczéma, comme le rhumatisme, comme l'hystérie, et autres maladies, peut sur un sujet vierge apparaître comme maladie accidentelle, et alors transitoire, non transmissible. Mais quand il est diathésique d'emblée, comment l'est-il devenu ? Pourquoi la première génération atteinte subit-elle le privilége de transmettre la maladie à la deuxième génération ?

Peut-être doit-on admettre les deux propositions suivantes :

1° Sur un sujet indemne, un eczéma par cause accidentelle sera non diathésique, si la cause n'a été ni *générale* ni *persistante*. Cette cause est toujours en somme une irritation venue de sources diverses. Ex : eczéma par névrite

Digitized by Google

(zona).... par hyperhémie ou par irritation trophique (eczéma dans les myélites, dans les blessures)..... par action physique excitante du froid et du chaud... par pression mécanique.... par action chimique.

2° Sur un sujet indemne, l'eczéma par cause accidentelle deviendra diathésique, si la cause a été *générale*, et *persistante* (chronique) (1) et de plus transmissible, si la maladie des parents est antérieure à la conception de l'enfant. Or, tout bien considéré, une cause semblable ne peut être qu'une intoxication du sang, une lésion générale du système nerveux (comme la pellagre des aliénés), enfin une dénutrition ou une surnutrition de tout le système cutané. — Nous ne connaissons pas de lésion *nerveuse centrale* donnant lieu à un eczéma généralisé. — Le mouvement de *dénutrition générale* qui se passe chez les personnes âgées et qui se traduit dans leurs téguments par des varices ou des atherômes, par du prurigo ou des ulcères, par l'épaississement ou l'amincissement de la peau, cette dénutrition, dis-je, jointe souvent à la misère, l'ivresse, le parasitisme et la malpropreté, suffit pour expliquer l'eczéma général des vieillards. Mais ce n'est plus une lésion franche et diathésique : c'est un travail régressif, une forme de la cachexie sénile. — Le mouvement de *surnutrition* qu'on remarque chez les enfants, avec l'abondance et l'acidité de leurs sécrétions, favorise l'apparition et l'extension de l'eczéma. Nous sommes loin du caractère régressif de la sénilité, c'est au contraire une prolifération active dans les divers tissus, témoin la fréquence des formes impétigineuse et lichénoïde. Mais cet eczéma n'a

(1) Cette condition de chronicité se retrouve dans d'autres maladies transmissibles : c'est ainsi que les atrophies aigües des cellules nerveuses médullaires (paralysie infantile) ne sont pas héréditaires, tandis que les atrophies chroniques (paralysie glosso-labio-laryngée et atrophie musculaire progressive) se transmettent par hérédité.

Digitized by Google

rien de plus particulier que la miliaire, l'érythème, le prurigo, le pityriasis, si fréquents chez les enfants ; il disparaît avec l'âge et n'entraîne pas l'affaiblissement définitif des téguments.

Si donc nous ne considérons pas le plus souvent comme vraiment dartreux l'eczéma même généralisé des enfants ou des vieillards dont les antécédents sont sains, il en résulte que la cause générale de la diathèse réside dans une *intoxication du sang*. C'est dans cet ordre de facteurs que nous rangeons : l'atmosphère des pays chauds, des usines, des habitations malsaines, la vie oisive, l'alimentation riche et excitante, les troubles dans l'assimilation, les boissons fermentées, etc.... Tous ces principes toxiques, venus du dehors ou créés en nous-mêmes, en s'éliminant lentement par la peau, finissent par en détériorer la structure et la rendre pour jamais vulnérable. Sans doute cette destruction ne s'effectue que lentement, et peut-être faut-il le concours de plusieurs générations pour arriver à cette déchéance des tissus, tout comme de l'excentricité à l'idiotie il y a parfois de nombreux échelons à franchir ; sans doute aussi l'enfant qui a hérité d'un organe infirme peut dans certaines circonstances le régénérer et le léguer intact à la troisième génération. Pourquoi en effet la dartre échapperait-elle à la loi de *sélection naturelle*, d'après laquelle toute infirmité, si elle ne se répare, va toujours en s'aggravant sans pouvoir rester stationnaire ? Notre tégument ne saurait être, plus que nos autres organes, à l'abri de la dégénérescence morbide progressive.

Remarquons en terminant que plusieurs diathèses reconnaissent à leur origine pour cause première une altération du sang : ainsi le rhumatisme et la goutte, peut-être la scrofule et la tuberculose, peut-être même le cancer. Ainsi, considérées à leur berceau et dans la première génération, les diathèses, se rapprochant de la syphilis, ne

Digitized by Google

seraient plus comme elle que la *saturation d'un tissu par des substances nocives.*

Ce que je viens de dire de l'eczéma s'applique au psoriasis, mais avec combien plus d'obscurité ! Où est la cause de la maladie ? Serait-ce une intoxication du sang par les spores de ce penicillium glaucum qui constitue les moisissures ? Cette idée, éclose en Allemagne, a reçu un contrôle négatif d'expériences ultérieures. Mais ne trouvera-t-on pas un jour une substance toxique qui, apportée par l'air extérieur ou issue de la dénutrition de nos tissus, provoque en s'éliminant les plaques psoriasiques ? C'est d'ailleurs par l'élimination d'un virus, le virus syphilitique que naît le psoriasis palmaire.

On conçoit maintenant qu'il nous est bien difficile de répondre à cette question : Pourquoi y a-t-il deux espèces de dartre ? Peut-être y a-t-il deux principes toxiques différents, comme pour le rhumatisme et la goutte, la scarlatine et la rougeole, le typhus et la fièvre typhoïde. - Sait-on d'ailleurs pourquoi les névroses se transforment, pourquoi l'hystérie, la chorée, l'extase, l'épilepsie, alternent dans les diverses générations ?

Une question quelque peu voisine est celle-ci : Pourquoi la dartre est-elle en général conjonctive chez les gens faibles et épithéliale chez les gens forts ? — C'est que nous appelons *faible* l'homme qui est atteint dans un de ses tissus importants, et nous savons que l'eczéma frappe le derme si riche en nerfs, en vaisseaux et en glandes, et de plus retentit sur les muqueuses et les organes ganglionnaires. Nous appelons fort au contraire le malade qui n'est vulnérable que sur un point superficiel ; or le psoriasique n'est lésé que dans son revêtement extérieur, l'épiderme.— Et en effet, la force totale d'un individu n'est que la résultante de ses forces particulières, de même que le total de sa faiblesse n'est que la somme de ses faiblesses isolées. Ces

Digitized by Google

forces et ces faiblesses particulières, ce sont celles des divers systèmes anatomiques dont l'addition forme l'organisme entier. Selon le nombre et selon l'importance des systèmes anatomiques malades ou dégénérés, on peut établir le coefficient de la faiblesse totale. Voilà pourquoi, d'après l'importance différente que nous attribuons aux deux parties constitutives du derme, nous attachons l'idée de faiblesse à l'eczéma et nous conservons celle de force au psoriasis.

4° Des Dartres et des Scrofulides.

1re *Question.* — Un eczéma peut-il être scrofuleux? — Puisque nous avons considéré l'eczéma comme une espèce neutre par elle-même, mais à variété différente suivant le terrain où elle croissait, il est évident qu'on peut avoir des eczéma variété scrofuleuse, tout comme des variétés naturelles ou des variétés dartreuses. En général l'eczéma scrofuleux s'accompagne de bouffissure et l'eczéma dartreux d'atrophie.

2e *Question.* — Entre l'éruption eczémateuse et la scrofulide, quelle est la différence?

Les scrofulides sont représentées par le lupus, par certains impétigo profonds de la face, et par des plaques ulcératives rebelles du tronc et des membres. Leur anatomie est mal connue. Toutefois nous pouvons dire que ce sont des lésions profondes, témoin les cicatrices: que les néoformations sont tantôt de nature phagédénique, c'est-à-dire s'accompagnant de gangrène moléculaire par thrombose des vaisseaux, tantôt de nature caséeuse et atrophique. Tous ces caractères de malignité séparent nettement les scrofulides des dartres.

Digitized by Google

5° Traitement de la Diathèse dartreuse.

D'après les faits anatomiques exposés plus haut, quelle peut être la thérapeutique de la dartre ? Comment prévenir les éruptions toujours imminentes ? Le secret consiste, non pas à modifier le tégument, mais à le renouveler, à lui en substituer un meilleur.

L'arsenic est-il assez puissant pour opérer cette régénération ? Ici, il faut distinguer entre la dartre épithéliale et la dartre conjonctive. Très-influent sur la première, l'arsenic est très-faible contre la seconde ; en voici la raison :

L'arsenic et le soufre sont deux stimulants à longue portée. On peut définir ainsi leur action : ce sont deux entraîneurs. Sans nous occuper de leur influence sur les actions chimiques intra-vasculaires, nous ne les envisagerons qu'au point de vue de leur élimination. Or, de même que le mercure s'élimine en partie par la muqueuse buccale, et l'iode par la muqueuse oculo-nasale, de même, dans l'appareil cutané le fer s'élimine par les cheveux, le plomb par les ongles, le soufre et l'arsenic par la peau. Ces deux dernières substances ont trois voies spéciales d'élimination : les épithéliums rénal, cutané et pulmonaire. C'est dans la stimulation qu'ils impriment aux fonctions excrémentitielles de ces organes, que repose en grande partie le secret de leur action sur les dermatoses. C'est sur l'épithélium des glandes sébacées et sudoripares, et par leur intermédiaire sur celui des couches de malpighi, que l'arsenic porte son action. Il stimule ce tissu en lui substituant ses propres molécules devenues autant de corps étrangers à éliminer ; il le rénove et le guérit par le mécanisme de l'inflammation substitutive. — Ainsi considéré dans le dernier acte de son influence, l'arsenic peut être défini : le médicament *entraîneur du système épithélial*. Et, dès lors, on

Digitized by Google

conçoit que dans le psoriasis où la lésion épidermique prédomine, il a une action prédominante : il guérit l'hypergenèse malpighienne, il ne guérit pas la sclérose conjonctive. Réciproquement, dans l'eczéma, il peut guérir l'irritation épithéliale, mais il ne peut rien sur l'acte capital de la néoformation conjonctive.

On voit par là qu'à l'aide des bains, de l'exercice, du soufre et de l'arsenic, nous pouvons, dans une certaine mesure, renouveler le corps épidermique et affaiblir, sinon détruire, la diathèse psoriasique. Mais entraîner le tissu conjonctif, guérir la diathèse eczémateuse, c'est ce que nous sommes maintenant impuissants à faire. Nous n'avons que des palliatifs. Peut-être un jour trouvera-t-on un médicament qui fixera sur le derme son action élective et substitutive, tout comme la garance fixe sur le tissu osseux sa puissance tinctoriale.

CONCLUSION.

J'ai essayé de fixer la définition anatomique de la dartre dans ses deux principales manifestations ; puis, une fois en possession de ces données, j'ai construit sur elles des hypothèses plus conformes à l'esprit actuel de la science que les théories anciennes ; j'ai appliqué à un de nos organes périphériques, la peau, les idées que j'ai déjà rappelées à propos d'un organe central, le cerveau, et je me suis efforcé d'enlever la dartre de la classe des *dyscrasies* pour la restituer à la série des *dégénérescences*.

La pathologie cutanée est aujourd'hui riche en données cliniques, trop riche même, car après les avoir poussées jusqu'aux dernières limites de l'analyse et subdivisées à l'infini, elle est obligée maintenant de refaire la synthèse de

Digitized by Google

ses connaissances et de simplifier ce qu'elle avait tant compliqué. Mais combien elle est pauvre en notions anatomiques ! Aussi est-ce un devoir pour nous, qui héritons de tant de richesses cliniques, fruits de nos devanciers, de reconnaître ces dons de la science en défrichant notre part dans le domaine de son anatomie pathologique. C'est ce que j'ai essayé de faire dans la mesure de mes forces.

Digitized by Google

DE L'HERPÈS GÉNÉRALISÉ FÉBRILE,

Par le Docteur Henry COUTAGNE,

Ancien Interne des Hopitaux de Lyon.

La généralisation de l'herpès se produisant avec les allures d'une pyrexie, forme pathologique à laquelle nous donnons tout naturellement le nom *d'herpès généralisé fébrile*, ne doit pas être bien rare puisque nous en publions trois cas recueillis dans l'espace de trois ans dans les hôpitaux d'une même ville, et pourtant nos recherches bibliographiques sur ce point circonscrit de l'histoire de l'herpès n'ont amené qu'un résultat presque nul : une bonne description mais peu nette de *l'herpès diffus* par E. Gintrac (1) et une observation recueillie à un point de vue particulier par un interne de M. Hardy, voilà les seuls documents que nous avons trouvés concernant notre sujet ; la plupart des auteurs se contentent de signaler, en paraissant la mettre en doute, la généralisation de l'herpès. Nous indiquerons encore comme se rattachant indirectement à notre travail, le récent mémoire dans lequel M. Parrot vient de rendre son individualité à la *fièvre herpétique*, étudiée déjà au dix-huitième siècle par Morton et confondue depuis bien souvent avec la synoque, l'embarras gastrique, etc. (2). Enfin nous mettrons à contribution les recherches intéressantes sur *l'herpès guttural* commencées en 1858 par

(1) E. Gintrac. — *Cours théorique et clinique de Pathologie interne et de thérapie médicale*. Paris, 1859 t. IV ; page 640 et suiv.

(2) Parrot, *Note sur la fièvre herpétique* (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 14 et 28 juillet 1871.

Digitized by Google

M. Gubler et continuées par MM. Féron, Bertholle, Lasègue, etc.

Voici quatre observations dont deux inédites se rapportant bien évidemment à des cas d'herpès généralisé fébrile, ce sont les seuls dont nous ayons connaissance qui présentent nettement les caractères de cette affection.

OBSERVATION 1re

(A. Mottet, in *Union médicale* 1858, p. 419.)

Le 31 mars 1858, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, n° 22, dans le service de M. le docteur Hardy, le nommé Tranchard, ouvrier lunetier âgé de 17 ans.

Ce jeune homme, bien constitué, d'un tempérament un peu lymphatique, habituellement bien portant, fut pris, le 25 mars, de malaise, d'inappétence, de céphalalgie et de courbature. Il n'en continua pas moins à travailler le lendemain, mais la céphalalgie augmenta, le malaise fut plus grand encore que la veille, un mouvement fébrile s'établit à la suite d'un frisson de longue durée ; le malade fut obligé de garder le lit ; il ne put se lever les deux jours suivants ; enfin, éprouvant de la difficulté à avaler, le 30 au soir, souffrant de plus en plus de céphalalgie, les yeux rouges et larmoyants, il se présenta, le 31, à la consultation.

Voici ce que nous constatâmes, le 1er avril, à la visite du matin :

Etat général de malaise et d'abattement ; peau chaude sans sécheresse ; pouls à 100 ; langue blanche et large, saburrale ; céphalalgie intense accusée par le malade.

Les paupières sont gonflées ; elles peuvent toutefois s'écarter facilement ; alors on aperçoit la conjonctive oculaire d'un rouge foncé, très-injectée ; la conjonctive palpébrale nous présente à sa surface une exsudation d'un blanc gri-

Digitized by Google

sâtre qui ne l'a point envahie tout entière ; elle existe par plaques sous la forme de petits points gris disséminés. Les lèvres sont doublées de volume depuis la veille au soir, nous dit le malade; elles sont arquées exactement comme celles du nègre, et recouvertes d'une véritable croûte noirâtre, fendillée en différents points, et laissant au plus léger contact s'écouler du sang par des crevasses. Aux angles, et surtout à gauche, existe l'herpès labialis le plus caractérisé qu'on puisse voir. Un groupe de vésicules s'étale de la commissure vers l'aile du nez du côté gauche; il déborde un peu en bas. La bouche ouverte et la langue abaissée on constate un gonflement notable de toutes les parties constitutives de l'isthme du pharynx. La luette flottante est doublée de longueur, et elle est enveloppée par une exsudation grisâtre qui s'irradie à droite et à gauche sur la face antérieure du voile du palais. Les deux amygdales, dont le volume est augmenté, mais dans des proportions assez limitées, sont aussi recouvertes de la même production, et les piliers antérieurs du voile se présentent avec le même aspect ; la couche plastique n'est pas uniformément étalée dans tous ces points; elle présente des bords irréguliers, des dentelures; en examinant la face interne des joues, nou trouvons la même disposition. Mais là ne se bornaient pas tous les désordres, le malade nous dit qu'il souffre de la verge; et en effet sur le dos de la verge, sur le prépuce, sur le gland, sur le scrotum, nous trouvons une multitude de vésico-pustules à des degrés divers. Les unes sont ulcérées, les autres sont recouvertes de croûtes, d'autres enfin sont entières. Le prépuce, très-tuméfié, ne laisse apercevoir qu'une partie du gland et l'ouverture du canal sur les lèvres de laquelle on peut compter une dizaine de petites vésicules excessivement fines, ayant à peine le volume d'un demi-grain de millet. Le scrotum est remarquable par l'aspect tigré qu'il a revêtu; ici, ce sont des squames, là, des

Digitized by Google

ulcérations artificielles, là des taches violacées. La maladie à diverses périodes, s'y montre dans toute sa netteté. Aux cuisses et au bras gauche, des plaques isolées.

Prescription. — Une bouteille d'eau de Sedlitz, limonade tartrique, quatre bouillons.

Le lendemain, 2 avril, la fièvre persiste (100 pulsations), moins de céphalalgie toutefois. La langue est couverte d'un enduit grisâtre qui s'enlève facilement ; sur les bords, il est facile de voir des plaques qui semblent formées par des débris d'épithélium. Le même aspect se présente au voile du palais. L'état des conjonctives est le même que que la veille. A la verge se montre une nouvelle poussée de vésicules ; le prépuce est énormément tuméfié ; le scrotum, couvert d'ulcérations superficielles, est le siége d'une exhalation séreuse abondante. On le saupoudre de fleur d'amidon et on l'isole de la verge avec de la ouate. Sur les cuisses, on voit là des croûtes, plus loin des vésicules affaissées, disparaissant par résolution. — Limonade tartrique, bouillon.

Le 3 avril. Moins de fièvre, mais la bouche, le pharynx sont plus sensibles au contact des liquides. On voit à la face interne des joues des plaques nouvelles ; le voile du palais est plus rouge, et sur les piliers antérieurs la production pseudo-membraneuse est très-évidente. — Limonade tartrique, gargarisme avec l'eau de guimauve, potages.

Le 6. L'état général est très-satisfaisant. Pas de fièvre, appétit, moins de douleurs provoquées par la déglutition. Les joues, le voile du palais se détergent, toute la maladie semble s'être concentrée sur la verge. Une poussée nouvelle l'a envahie; le prépuce est énormément tuméfié. Le scrotum va beaucoup mieux ; il n'y a plus que de rares vésicules; son aspect tigré est très-remarquable. — Une portion.

Digitized by Google

Le 8. Amélioration très-notable. Dans la bouche on ne trouve plus que des ulcérations superficielles en voie de cicatrisation. A la face interne de la joue gauche, un dépôt plastique sous-épithélial, grisâtre, est la seule place où la maladie revête encore son caractère spécial. Mais il est apparu, depuis la veille, une nouvelle éruption sur les membres et surtout sur les bras. Ce sont des plaques érythémateuses qui, au premier abord, ressemblent à l'herpès circiné. — Deux portions.

Le 10. Les plaques érythémateuses s'affaissent et pâlissent; la bouche est dans un état excellent; la verge va beaucoup mieux, mais les ulcérations n'ont pas complétement disparu. — Trois portions.

Le 12. Le malade est guéri; il n'y a plus aujourd'hui que deux plaques d'herpès sur la cuisse gauche; rien aux lèvres, ni aux joues, ni au pharynx.

Le 19. La guérison est complète.

Le 21. Sortie de l'hôpital.

Observation II.

F. Reuillet, *Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon*, tome VII, 1867-68, p. 85.

Auguste Colomb, âgé de 18 ans, né à Saint-Geoire (Isère), exerce la profession d'ébéniste. — Tempérament lymphatique sanguin; teint brun clair. Aucune trace de manifestations scrofuleuses; pas d'éruptions du cuir chevelu dens son enfance. Jamais de douleurs rhumatismales; absence de varices et d'hémorroïdes.

Rien de particulier du côté des parents; aucun d'eux, suivant lui, n'a été atteint d'affection cutanée semblable ou différente, ni d'affection rhumatismale.

Au 8 août 1866, ce jeune homme travaillait à Voiron,

Digitized by Google

depuis huit jours seulement, quand il vit survenir une éruption toute pareille à celle qui vient de se produire. Elle débuta par quelques plaques de l'étendue d'une lentille, apparues en même temps aux membres et à la bouche. Au 15 août, huit jours après, l'éruption était plus confluente. Elle occupait les membres inférieurs dans toute leur étendue, les mains et les avant-bras, la face, la bouche, les lèvres, la verge, le gland, le prépuce. Ces plaques avaient pendant ce temps gagné en étendue. Le plus grand nombre avaient la largeur d'une pièce de 50 centimes, quelques-unes de 1 franc. A ce moment, le malade avait de la fièvre ; il était brisé ; il ne put continuer son travail et s'en alla dans sa famille à Saint-Geoire. Le médecin appelé près de lui ne vit là qu'un refroidessement, laissa aller la maladie qui s'éteignit d'elle-même trois semaines après ses débuts. La fièvre avait duré huit à dix jours. Depuis ce temps, la santé d'Auguste Colomb avait été bonne; aucune maladie pendant l'année. Il habitait Lyon depuis huit mois.

Le dimanche 19 mai 1867, ce jeune homme, qui n'avait pas fait d'excès les jours précédents, qui n'avait pas remarqué qu'il eût pris froid, se sentait fatigué, en proie à un malaise général ; il avait de la courbature, un peu de fièvre. Une éruption commençait dès le soir à se montrer ; très-discrète à ses débuts, elle apparaissait d'abord par petites plaques aux avant-bras, à la figure.

Les jours suivants, elle se développait.

Le 26, elle était complète.

Le 27, le malade alla consulter le docteur Rodet, qui prescrivit des bains, des gargarismes émollients, des boissons acidulées et conseilla l'entrée à l'Antiquaille.

Le 28. Admission à l'hospice de l'Antiquaille, salle Saint-Augustin, n° 13 (service de M. Gailleton).

Voici les phénomènes qu'il présenta à son entrée: faiblesse générale, malaise, sentiment de lassitude, de fatigue, d'ac-

Digitized by Google

cablement; la peau est chaude, le pouls accéléré, à 92 pulsations.

L'état local est constitué par une éruption qui se montre aux deux membres inférieurs dans toute leur étendue, mais est plus confluente aux jambes, qui se montre aux mains, aux avant-bras, à l'oreille gauche, à la face, aux lèvres, à la bouche tout entière jusqu'au fond du pharynx. La langue elle-même en est le siége, aussi bien sur sa face supérieure que sur ses côtés et sa face inférieure. L'éruption herpétique a également envahi les bourses, la verge, le gland, le prépuce. Elle est formée de plaques nummulaires, remarquables par leur régularité, d'un rouge framboisé vers le rebord, légèrement en relief sur la peau environnante, d'un rouge plus pâle au centre. Ces plaques ont, en général, l'étendue d'une pièce de 50 centimes ou de 1 franc. Quelques-unes sont plus larges, mais toujours très-régulières. En somme, à un examen superficiel, l'affection simule assez exactement une éruption de larges papules syphilitiques, et très-facilement on eût pris pour des plaques muqueuses l'éruption herpétique de la bouche et des lèvres, du gland et du prépuce. Les commémoratifs et un examen plus complet éloignent vite cette idée.

M. Gailleton constate, en effet, que le centre de ces plaques comprend une foule de petites vésicules qui, en se réunissant, ont formé des ampoules, des petites phlyctènes contenant un liquide citrin, résorbé déjà dans plusieurs de ces bulles, mais persistant dans qnelques autres, d'où il s'échappe à la piqûre d'une épingle. En dehors de l'ampoule centrale, et plus rapproché du rebord saillant, existe comme un anneau de vésicules indépendantes. Cette disposition, primitivement vésiculaire au centre, n'est point partout également facile à constater. Très-sensible sur plusieurs plaques des membres, elle est surtout visible au gland, où, l'épiderme s'étant laissé facilement enlever, les

Digitized by Google

vésicules sont restées isolées, indépendantes, simplement juxtaposées.

A la bouche, à la langue, aux lèvres, l'épiderme a disparu par larges places. La surface mise à nu est rouge, saignante ; elle donne un pus abondant, fétide. Il y a une tuméfaction générale des parois buccales ; la déglutation est difficile, la mastication impossible.

M. Gailleton prescrit : infusion de tilleul et fleurs d'oranger ; gargarisme émollient ; gargarisme avec chlorate de potasse, 2 grammes, laudanum, dix gouttes, et eau 100 grammes ; un collutoire avec miel 15 grammes, borax 2 grammes.

Le 30 mai, la fièvre continue, la peau est toujours chaude, la tuméfaction de la bouche est un peu moins considérable, l'haleine fétide. Le liquide contenu dans les ampoules s'est résorbé dans la plupart d'entre elles. A leur centre, l'épiderme s'affaisse, se plisse, se ratatine de plus en plus. A mesure que la maladie avance, l'épiderme s'exfolie et laisse à nu une surface rouge qui se recouvre bientôt d'une nouvelle couche épithéliale.

La fièvre cesse vers le sixième jour après l'entrée du malade à l'Antiquaille. La durée totale a donc été de dix à douze jours. Le 5 juin, l'exfoliation s'est faite à peu près sur toutes les plaques des membres. A peine en est-il quelques-unes qui soient encore recouvertes d'un épiderme desséché. Les plaques des bourses sont dans le même état. Restent encore celles de la bouche, des lèvres, de la langue, du prépuce, dont la ressemblance avec les plaques muqueuses est de plus en plus parfaite, de plus en plus prononcée : toutefois, on remarque, chez quelques-unes, une tendance à bourgeonner, à devenir saillantes.

Le 12 juin, le malade se trouve bien ; les forces et l'appétit sont tout à fait revenus. La trace de l'éruption des membres n'est point tout à fait effacée. Sur le bord de

Digitized by Google

chaque groupe vésiculaire existe un liseré épidermique. Aux lèvres et au gland, deux ou trois points où la cicatrisation ne s'est pas encore produite sont toujours saillants et bourgeonnants.

Observation III (personnelle.)

Ronzon (Claude), âgé de 29 ans, né à Lyon, entre à l'hospice de l'Antiquaille le 16 décembre 1868, salle Saint-Paul, n° 15 (service de M. Gailleton).

Ce malade est d'une bonne constitution ; il n'a pas d'antécédants de maladies cutanées ni rhumatismales. Il y a eu pendant près d'une semaine avant le début de l'éruption qu'il présente, un malaise général assez sérieux, des nausées, des frissons, une fatigue générale ; il éprouvait, selon son expression, « comme un froid et chaud » ; trois jours avant son entrée à l'Antiquaille, est survenue l'affection cutanée pour laquelle il a été admis ; depuis que l'éruption s'est faite, la fièvre a diminué, mais le malade reste sans appétit et souffre de frissons, particulièrement le soir : il a fréquemment de la céphalalgie ; la longue est saburrale. Il ne se plaint pas particulièrement de la gorge.

Aujourd'hui (16 décembre), Claude Ronzon présente une éruption généralisée se rapportant évidemment à l'herpès généralisé : elle est d'une remarquable confluence sur les membres supérieurs, et particulièrement à la face dorsale des avants-bras et des mains ; en ces points, elle est fermée de vésicules, de la grosseur d'une tête d'épingle, au contenu transparent chez les unes, déjà trouble chez la plupart, en voie de résorption en quelques points ; ces vésicules réunies au nombre de cinq à douze en moyenne, sont entourées de leurs aréoles qui, en se confondant, ont formé de larges plaques erythémateuses, d'un rouge assez vif,

Digitized by Google

rappelant assez bien par leur teinte celle des aréoles des pustules varioliques normales ; ces plaques affectent pour la plupart une forme ovale, et leur grand diamètre n'a souvent pas moins de 2 centimètres. Le tronc présente aussi une éruption du même caractère, tant sur le thorax que sur l'abdomen, mais les vésicules y sont agglomérées en beaucoup moins grand nombre, et l'on n'y rencontre que plus rarement les larges plaques erythémateuses notées sur les membres inférieurs. Les membres inférieurs sont aussi atteints, mais plus légèrement. La face offre en plusieurs points, et particulièrement sur les joues, de petits groupes vésiculeux. A l'inspection de la gorge, on trouve le voile du palais d'un rouge un peu jaunâtre, la luette est volumineuse comme œdématiciée, et présente, ainsi que les piliers antérieurs, des vésicules transparentes, très-petites, au nombre de dix environ ; les amygdales sont saines, ainsi que le reste de la bouche. Le prépuce, du côté duquel le malade n'accusait rien, présente quelques vésicules insignifiantes.

Le 17, les mêmes caractères subsistent : ils s'accentuent aux membres inférieurs, où nous rencontrons, sur les genoux particulièrement, des plaques erythémateuses semblables à celles des avant-bras. La fièvre persiste assez forte ; le pouls est à 90. La température axillaire, prise le soir, donne 38° 9/10. — Prescription : Bouillons, et potion calmante au sirop de fleurs d'oranger et à l'eau de laurier-cerise.

Le 18, nous notons une confluence plus grande sur l'abdomen; les vésicules de la gorge ont disparu, en laissant une petite ulcération superficielle de la muqueuse. T.A.M. 38° 2/5, S. 39° 1/5.

Le 19, les vésicules des membres supérieurs et du tronc sont toutes modifiées par la résorption de leur contenu ou par leur rupture ; il se fait, à la surface des plaques ery-

Digitized by Google

thématheuses qui les supportent, une desquamation furfuracée très-notable. T.A.M. 38° 1/5, S. 38° 3/5.

Le 20, la desquamation continue, les croûtes à peu près complétement sèches qui en résultent sont vite tombées et laissent voir une peau rouge sans ulcération. T.A.M. 38°, S. 38° 1/5.

Le 21, la desquamation s'étend au corps tout entier, l'état général est bon, mais le malade se plaint toujours d'un malaise sensible les soirs. T.A.M. 38° 1/10, S. 38° 1/5.

Le 22, quelques vésicules, évidemment de récente apparition, sont notées sur la luette; du reste, chaque jour, nous découvrons sur différents points du corps de nouvelles vésicules dont l'apparition est la même que celles que nous avons étudiées au début de l'éruption. T.A.M. 37° 9/10, S. 38° 1/5. — Prescription : Vin de quina, régime ordinaire.

Le 23, la desquamation continue à se faire. T.A.M. 38°, S. 38° 1/5.

Nous notons encore de nouvelles vésicules sur le tronc et les bras le 25 décembre; l'état général est bon, mais la température axillaire oscille autour de 38° jusqu'au 28 décembre.

La desquamation des vésicules plus récentes s'achève à la fin de l'année, et le malade sort parfaitement guéri le 8 janvier 1869.

Observation IV

(communiquée par mon collègue dans les hôpitaux, J. Garnier.)

Angelo Roni, né en Piémont, domicilié à Lyon, où il exerce la profession de mosaïste, âgé de trente-neuf ans, célibataire, entré le 19 février 1870 à l'Hôtel-Dieu de Lyon,

Digitized by Google

salle Sainte-Élisabeth, n° 8 (service de M. Rambaud, professeur de clinique médicale.)

Il y a huit jours, cet homme a été pris d'un malaise général, de courbature, de frisson, de céphalalgie et de fièvre. Après sept jours de prodomes, il a vu se développer sur tout son corps des taches rouges. Ces plaques, qu'on constate le jour de son entrée, d'apparence erythémateuse, sont surmontées de vésicules agglomérées offrant des caractères analogues à ceux que nous avons notés dans les observations précédentes.

L'éruption est généralisée; en quelques points il y a déjà un commencement de desquamation furfuracée. Une éruption plus ancienne d'acné complique l'herpès en plusieurs points, et particulièrement aux avant-bras. A l'examen de la bouche, on trouve une angine herpétique légère, mais évidente; sous le frein de la langue, à la saillie qui répond à une des glandes sublinguales, se voit une petite plaque pseudo-membraneuse, formée par une croûte d'herpès détachée. Rien du côté des organes génitaux. La fièvre persiste modérée, état saburral des voies digestives.

Prescription : Eau de Sedlitz, une bouteille. — L'éruption accomplit son évolution naturelle, l'état général s'améliore très-vite, et le malade, complétement guéri, demande sa sortie le 7 mars.

L'affection décrite dans les quatre cas précédents se présente en résumé à nous sous la forme d'une maladie aiguë, à durée assez constante, débutant par des prodromes analogues à ceux des exanthèmes fébriles classiques, et caractérisée essentiellement par une ou plusieurs éruptions vésiculeuses successives portant sur toute la peau et sur quelques muqueuses. Nous allons donc décrire successivement : 1° une période prodromique ou d'invasion; 2° une période d'éruption et de desquamation. Nous croyons pré-

Digitized by Google

férable à l'étude nosographique de l'herpès généralisé fébrile, de ne pas donner de subdivisions à cette seconde période : l'évolution des vésicules herpétiques, dans laquelle on pourrait décrire, comme dans celle des vésicopustules varioliques, des périodes d'éruption, de suppuration et de dessiccation, est suffisamment connue et ne nous intéresse que secondairement; ce qui imprime à l'herpès généralisé fébrile son caractère, c'est la combinaison d'éruptions se succédant à très-courte échéance, sans que l'état général puisse faire diagnostiquer leur apparition ni leur fin; la période d'*état* de la maladie présente ainsi une unité que nous respecterons dans notre description.

1° *Période d'invasion* ou *de prodromes*. Elle est essentiellement caractérisée par une fièvre bien marquée, d'intensité variable, mais que malheureusement nos malades, observés pour la première fois en pleine éruption, n'ont pas permis de mesurer par le thermomètre; elle s'accompagne de frissons qui pourront se répéter pendant longtemps (*Observ. III*), de céphalalgie, de courbature; mais les troubles les plus notables qu'on observe sont ceux de l'appareil digestif : les malades ont tous de l'inappétence, un état saburral de la langue, de la constipation; l'un d'eux avait des nausées fréquentes (*Observ. III*).

Nous trouvons encore à noter, dans cette période, le catarrhe conjectival de l'*Observation I*.

2° *Période d'éruption* et de *desquamation*.— L'évolution des vésicules herpétiques est, on le sait, remarquablement rapide; souvent quelques heures suffisent pour leur apparition, pour la transformation de leur contenu en un liquide purulent, et leur disparition presque totale par ulcération de leur mince paroi. Nous ne pouvons donc de prime abord nous expliquer la durée de trois septénaires, moyenne que nous donnent nos observations pour l'herpès généralisé fé-

(1) E. Gintrac, *loco citato*, page 640 et suiv.

Digitized by Google

brile, et que signale aussi Gintrac pour son herpès diffus(1,) qu'en admettant l'enchaînement de plusieurs éruptions successives. C'est, en effet, ce que nous trouvons bien noté, particulièrement dans les observations I et III. Il existe même des cas où ces poussées impriment à la maladie un caractère chronique auquel se rapporte un fait observé par un élève de Gintrac (1). Elles expliquent aisément la persistance de la fièvre longtemps après le début de l'éruption primitive ; dans notre observation personnelle, le thermomètre montait encore au-dessus de 38° au 15° jour après l'apparition de l'herpès, et le pouls présentait une accélération correspondante. Mais l'intensité de la fièvre est alors bien moins forte que pendant la période prodromique, où le thermomètre peut monter jusqu'à 40°. Ces modifications dans l'état général n'avaient point échappé à Bateman : « L'éruption, dit-il, en parlant de l'herpès phlycténoïde, ne dissipe point sur-le-champ le dérangement qui survient dans la constitution ; mais ce changement diminue pendant que l'éruption fait des progrès » (2).

A quelle variété d'herpès se rattachent les éruptions décrites dans nos Observations ? Evidemment à celle que l'école Willanique a fait connaître sous le nom *d'herpès phlycténoïde*, en en traçant un tableau adopté sans grands changements par la généralité des dermatologistes contemporains ; mais plusieurs observateurs éminents ont fait ressortir ce qu'avait d'impropre l'épithète de *phlycténoïde* servant à désigner beaucoup moins une variété anatomique

(1) P. Noé. *Tableau des malades* observés à la clinique de M. Gintrac pendant les mois d'octobre, novembre et décembre 1839, in *Journal de la Société de médecine* de Bordeaux, t. XI, p. 14.

(2) Th. Bateman, *Abrégé classique des maladies de la peau*, classées d'après le système nosologique du Dr Willan. Trad. Bertrand. — Paris 1818, p. 277.

Digitized by Google

d'herpès qu'une forme à évolution morbide particulière ; Gintrac propose de remplacer cette dénomination vicieuse par celle *d'herpès diffus*, à laquelle nous nous rattachons complétement. Déjà Cazenave et Schedel (1) avaient implicitement reconnu le même erreur en entendant sous la dénomination d'« *herpès phlycténodes* » les affections du genre herpès qui n'ont ni une forme déterminée ni un siége de prédilection. Enfin, Hebra croit si peu à l'existence de cette variété d'herpès, qu'il décrit (2) sous le nom de *phlycténodes*, un ordre de maladies cutanées comprenant toutes les formes d'herpès et la milliaire proprement dite (*miliaria crystallina*).

Les muqueuses, ainsi que le signalent nos observations, présentent toujours des lésions, mais avec une intensité des plus variables. La muqueuse préputiale sujette isolément des manifestations herpétiques d'une fréquence et d'une ténacité si remarquables, ne pouvait manquer d'être atteinte par la généralisation de l'herpès : nous voyons en effet, dans l'Observation I, jusqu'à trois irruptions successives sur la peau des organes genitaux et sur la muqueuse balano-préputiale. Entre cette confluence extrême et les groupes insignifiants de vésicules notés dans l'observation III, on se figure aisément combien on peut rencontrer de degrés intermédiaires, comme dans l'Observation II, par exemple.

Les manifestations herpétiques du côté de l'isthme guttural se sont présentées à nous d'une manière constante ; dans l'Observation II, elles se sont montrées deux fois à moins d'un an de distance chez le même individu ; nous serions donc porté à faire de l'angine herpétique se produisant

(1) Cazenave et Schedel. *Abrégé des maladies de la peau*, 1839, p. 117.

(2) F. Hebra. *Traité des maladies de la peau*, comprenant les exanthèmes aigus. Trad. franç. par Doyon, p. 356 et suiv.

Digitized by Google

dans ces circonstances une partie intégrante plutôt qu'une complication de la maladie que nous étudions ; si nous insistons sur les rapports qui semblent exister entre l'herpès généralisé fébrile et les fièvres éruptives classiques, nous assimilons l'angine vésiculeuse qui se produit dans cette affection à l'angine pustuleuse de la variole et aux angines spéciales de la scarlatine et de la rougeole. Mais nous avouerons qu'une circonstance importante nous manque pour légitimer complétement cette comparaison, et nous regrettons plus que jamais que nos malades n'aient point été observés avant la période d'éruption : on comprend, en effet, combien l'importance de l'angine herpétique serait grande pour le diagnostic de l'affection cutanée, si elle se produisait pendant les prodromes fébriles et permettait de prédire à l'avance l'herpès externe, de même que l'angine scarlatineuse peut faire diagnostiquer à elle seule l'exanthème qu'elle précède.

L'angine que nous signalons affecte souvent la forme pseudo-membraneuse, si bien décrite par M. Gubler ; d'autres fois les vésicules sont très-petites, et leurs minces parois, emportées par la salive, laissent à nu une muqueuse dénudée de son épithélium (Obs. III). Nous ferons remarquer que, dans l'Observation I, la bouche et l'isthme du gosier ont été le signe, comme la peau, de plusieurs poussées successives. Hâtons-nous, du reste, d'ajouter que les auteurs qui ont étudié l'herpès guttural ont parfaitement noté sa coïncidence ou son alternance avec l'herpès cutané et particulièrement avec l'herpès labialis. Signalons enfin l'éruption conjonctivale, observée par M. Mottet, et sa transformation pseudo-membraneuse, qui établit un rapport intéressant entre les lésions herpétiques de la muqueuse oculaire et celles de l'isthme guttural.

Si nous cherchons à rattacher l'herpès généralisé fébrile à des types morbides connus, il nous semble que sa place

Digitized by Google

naturelle se trouve à côté des exanthèmes aigus classiques : variole, rougeole scarlatine. Quelle analogie dans leur début, dans leurs prodromes, dans l'existence de leurs angines spéciales, dans leur marche générale, dans leur durée enfin! Nous avons fait ressortir, il est vrai, dans le chapitre précédent, combien les éruptions successives de l'herpès étaient différentes de l'éruption unique de la variole et des deux autres exanthèmes cités plus haut ; mais ce caractère ne rattacherait-il pas l'herpès généralisé fébrile à une autre maladie, généralement rangée aussi dans la classe des fièvres éruptives? nous voulons parler de la *suette miliaire*, dans laquelle la succession des poussées cutanées est tellement fréquente qu'on peut presque la prendre pour la règle.

Mais n'exagérons point les rapports que nous cherchons à établir entre l'herpès généralisé fébrile et les fièvres éruptives classiques ; la première affection se distinguera toujours profondément des secondes par sa non-contagion et l'absence de tout caractère épidémique dans sa production ; ajoutons que des inoculations ont été pratiquées à plusieurs reprises avec de la sérosité provenant de vésicules herpétiques ou de bulles de pemphigus, sans amener de résultat positif (1).

Enfin, notre observation II nous présente une récidive au bout de neuf mois, chose dont nous ne croyons pas qu'on ait observé d'exemple dans les fièvres éruptives ordinaires.

Nous proposons en définitive de regarder l'herpès généralisé fébrile comme un *pseudo-exanthème aigu*, nous appuyant, du reste, sur l'autorité de la plupart des pathologistes qui se sont occupés des manifestations aiguës de l'herpès. Morton l'avait déjà rangée dans son *Synopsis*

(1) Voir Evans, Husson, Ricord, etc.

Digitized by Google

febrium, tout à côté de la fièvre varioleuse, et M. Parrot, dans un mémoire déjà cité, émet une opinion presque identique. Gintrac, qui semble avoir eu fréquemment l'occasion d'observer l'*herpès diffus*, le range dans sa classe des *fièvres éruptives* et *exanthèmes aigus*, qui comprend, dans un quatrième groupe, sous le nom d'*exanthèmes vésiculeux* et *bulleux*, l'herpès, l'eczéma aigu, l'hydrargyrie et le pamphigus aigu. Enfin, M. Bazin (1), dans sa grande classification étiologique de l'herpès, indique comme idiopathiques et pseudo-exanthématiques, certains cas d'herpès *labrialis*, *præputialis*, *vulvaris*, *zoster* et *phlyctenodes*.

Le diagnostic de l'herpès généralisé fébrile peut être, est même toujours difficile au début. L'élévation souvent considérable d'emblée de la température, les troubles particuliers de l'appareil digestif, font naturellement penser à catarrhe gastrique fébrile ou à un exanthème plus fréquent. Il existe même des fièvres herpétiques ou des troubles nerveux très-marqués et une céphalalgie intense ont pu faire croire au début à une méningite (2). On comprend aisément combien sera important dans ces cas l'examen de la gorge, s'il nous permet de découvrir des vésicules à leur début, c'est-à-dire à la période où on ne peut réellement en méconnaître la nature ?

Nous savons tout ce que présente quelquefois de délicat le diagnostic d'une affection herpétique localisée, mais il n'en est pas de même pour l'éruption généralisée, qui présente en outre le caractère intéressant d'être composée de poussées successives, enchaînées, entrelacées entre elles ; aussi croyons-nous toute difficulté du diagnostic levée après la période prodromique. Si nous passons en revue

(1) Bazin, *Leçons sur les affections génériques de la peau.*

(2) V. Delioux, *Mémoire sur les relations qui existent entre les affections herpétiques, nerveuses et catharrales* (*Gazette médicale de Paris*, 1855.)

Digitized by Google

les affections vésiculeuses généralisées, nous trouvons d'abord la varicelle ; mais nous la distinguerons facilement de l'herpès par l'isolement de ses vésicules, par leur volume plus grand et leur forme accumulée.

La suette miliaire se présente avec un caractère d'épidémicité et des sueurs profuses tout à fait pathognomoniques. En outre, ces vésicules ressemblent beaucoup à des gouttes de rosée ; le liquide qu'elles renferment ne devient jamais ni trouble ni purulent ; enfin, la dessiccation ne se fait pas en croûtes jaunes et brunâtres. Ces trois caractères applicables à toutes les éruptions miliaires sont tout à fait opposés à ce qu'on voit dans l'herpès.

Les syphilides vésiculeuses se présentent sans appareil fébrile ; elles ne se généralisent point d'emblée. Le pemphigus aigu, nié par l'école anglaise et par Hebra, mais dont nous croyons avoir observé des cas très-authentiques, pourra être facilement distingué de l'herpès par le volume considérable de ses bulles entourées d'une aréole presque imperceptible.

Enfin, l'eczéma se présentant sous la forme aiguë et généralisée (*eczema acutum universale* d'Hebra), se différenciera de l'herpès par le caractère éphémère et les dimensions presque microscopiques de ses vésicules, l'aspect fendillé de la peau, la sécrétion qui donne naissance à des acides gras d'une odeur toute particulière, enfin par le peu d'intensité des phénomènes généraux.

L'herpès généralisé fébrile partage le peu de gravité de toutes les éruptions localisées de même nature ; mais l'observation II nous montre que, comme elle, il est sujet à des récidives que nous ne considérons pourtant pas comme des manifestations diathésiques.

Le traitement portera surtout sur l'état général particulièrement dans la période prodromique, où les phénomènes saburraux des voies digestives seront combattus par les

Digitized by Google

éméto-cathartiques ou les purgatifs. Dans le cours de l'irruption, l'état général donnera lieu à peu d'indications thérapeutiques. Enfin, on prescrira avec raison des toniques (vin de quina) lorsque les fonctions digestives, ébranlées notablement au début de l'affection, ne rentreront qu'avec peine dans leur équilibre. Le traitement local sera nul ou se réduira à quelques soins de propreté. Nous ne verrions que des inconvénients à appliquer la méthode ectrotique à une dermatose qui guérit spontanément sans cicatrice. Des gargarismes calmants, puis légèrement astringents, suffiront pour combattre l'angine herpétique, contre laquelle M. Gubler a reconnu l'inefficacité du chlorate de potasse.

Digitized by Google

TRAITEMENT DU PÉRIONYXIS ULCÉREUX.

A M. le Docteur A. FOURNIER.

Très-cher et très-estimé confrère,

Je viens de lire, avec le plus grand plaisir et le plus grand profit, votre remarquable article sur *l'onyxis et le périonyxis syphilitiques*. Rien de mieux tracé, selon moi, que vos divisions; rien de plus conforme surtout à ce que nous offre la clinique. Vous surprenez, on peut le dire, la nature sur le fait; et ce que vous rappelez si bien aux vieux praticiens comme moi, est un gage assuré de l'utilité de votre enseignement pour les élèves.

Un point, toutefois, dans votre exposition, m'a semblé motiver une critique et mériter un développement. Voulez-vous bien, cher confrère, me permettre l'une et l'autre?

A propos de la thérapeutique du périonyxis ulcéreux, je ne vous reprocherai point de manquer de ressources. Loin de là, vous nous étalez une richesse, je pourrais presque dire... effrayante; un peu suspecte, tout au moins, pour celui à qui l'expérience a appris à lire entre les lignes de nos formulaires.

Voyons, cher confrère, soyez bon et tolérant autant que le comporte la sincère admiration que je professe depuis si longtemps pour vos œuvres; et laissez-moi aiguiser contre vous l'un des traits de mon ancien métier. Supposons, — ce jour viendra sans doute, — supposons qu'une chaire de syphiligraphie soit mise au concours dans notre

Digitized by Google

Faculté de Paris, régénérée. Naturellement, je fais le voyage pour concourir; et, non moins naturellement, je vous rencontre au premier rang des compétiteurs les plus redoutables. Or, vous vous souvenez sans doute des brillantes passes d'armes que suscitait jadis la discussion des thèses de concours. Eh bien! admettons que votre dernier article sur l'onyxis fût votre thèse en cette circonstance, et que le sort m'eût désigné, moi, pour l'éplucher en public :

« Monsieur, — m'entendriez-vous vous dire, — votre thèse est excellente (c'était toujours ainsi que cela commençait). *Seulement* (c'était toujours ainsi que cela finissait), seulement, dans ce qui a rapport à la thérapeutique, vous me permettrez bien de relever ce que j'appellerai le contraire d'une lacune. Vous préconisez le pansement occlusif au taffetas de Vigo. C'est, selon vous, « le traitement par excellence du périonyxis ulcéreux. » Ceci est fort bien. Mais, cinq lignes plus bas, vous indiquez un autre agent, la poudre d'iodoforme, qui « fait véritablement merveille. » Or, du traitement *par excellence* ou de celui qui *fait merveille*, lequel, s'il vous plaît, mérite la préférence? »

Ce petit discours, néanmoins, ne vous embarrasserait guère, mon cher confrère. Je le sens d'autant plus, que je vais moi-même vous en fournir la réfutation la plus péremptoire, en apportant un troisième moyen de traitement du périonyxis ulcéreux. Celui-ci, je ne le qualifierai point; je vais me borner à vous dire ce qu'il a fait, entre mes mains... et sur les doigts d'autrui.

Une dame de notre ville, âgée de quarante-cinq ans, infectée il y a deux ans par son mari, avait, depuis dix mois, la région unguéale largement ulcérée à six doigts et à trois orteils y compris le gros du pied gauche. Ainsi que le disent nos malades, elle avait tout fait, mais littéralement

Digitized by Google

tout, contre cette cruelle affection; elle avait reçu et docilement suivi les conseils de trois médecins, dont deux spécialistes. Le pansement au sparadrap de Vigo avait donné un moment d'espoir; mais, tout en le continuant, on avait vu les ulcérations reprendre leur activité et envahir de nouveau les points qu'elles avaient d'abord paru abandonner. D'énergiques cautérisations au fer rouge n'avaient pas eu plus de succès. Inutile de dire que les traitements internes les plus variés, les pommades, bains, fumigations, avaient successivement montré leur impuissance.

Appelé, à mon tour, à soigner ce cas rebelle, je commençai, comme mes confrères, par quelques échecs. J'eus alors l'idée du moyen que je vais vous dire; mais on me rit presque au nez lorsque je proposai le pansement à la solution de nitrate d'argent: « Qu'attendre en effet, disait-on, d'un agent aussi faible, là où les modificateurs les plus puissants, destructeurs même, avaient échoué? » Sans me rendre à ces rationnelles fins de non-recevoir, j'insiste. Je fais appliquer, trois fois par jour, de *tout petits et très-courts faisceaux de charpie qu'on enfonçait avec le soin le plus minutieux sous les bords, puis sur le fond même de l'ulcération,* après avoir été mouillés de :

Eau distillée	20 grammes.
Nitrate d'argent.	1 —

En un mois, grâce à ces pansements, sans l'adjonction d'aucun traitement interne, j'avais obtenu la guérison presque complète de toutes ces ulcérations.

A ce moment, sur le pressant avis d'une de ses amies, ma cliente voulut aller aux eaux d'Aix. Là, comme il fallait s'y attendre, on voulut demander à la médication thermale seule le couronnement de cette cure; mais, — comme il fallait s'y attendre aussi, — le processus ulcératif ne tarda pas à envahir à nouveau ses anciens domaines.

Digitized by Google

La malade revint alors, reprit sous ma direction ses pansements au nitrate d'argent et vit ses ulcérations se cicatriser en trois semaines. La guérison, cette fois, fut complète, et je puis bien l'appeler définitive, puisqu'il y a aujourd'hui onze ans qu'elle persiste, ainsi que la confiance de mon ex-patiente, qui me permet de constater et de garantir la solidité de la cure.

Ce succès est beau sans doute. Toutefois, il ne me laisse pas un souvenir entièrement exempt d'amertume. S'il me valut une cliente, j'y faillis perdre un ami. Avant moi, en effet, un autre confrère, chirurgien fort habile, voyait la malade; et, jugeant le cas au-dessus des ressources de l'art, il avait proposé et fait accepter l'amputation de deux des phalangettes les plus compromises. Or, le jour où il se présenta, avec ses instruments, était le surlendemain de celui où mon pansement avait été commencé; et la malade, se sentant déjà notablement soulagée des douleurs qui, précédemment, la torturaient au point de la priver de sommeil, désira continuer l'expérience avant de souscrire au grand sacrifice. Elle l'obtint..., non sans peine, mais elle l'obtint. Et le confrère, ayant ensuite appris mon nom, m'en voulut assez longtemps de sa petite déconvenue.

En 1865, une dame âgée de trente ans, également infectée par son mari, avait eu une de ces syphilis progressives qui, tout en en restant aux accidents secondaires, exercent sur l'économie une influence si profonde. Outre une éruption squameuse du cuir chevelu, des faces palmaire et plantaire, elle avait une large ulcération au pouce de la main droite; ulcération qui, ayant commencé par les bords de l'ongle, avait causé la chute de celui-ci, puis, gagnant de proche en proche, coupait perpendiculairement l'extrémité du pouce, considérablement tuméfié. L'ulcération avait réellement déterminé une perte de substance de l'ex-

Digitized by Google

trémité du pouce, comme si cette extrémité avait été abattue par un coup de couperet. J'ai peu vu de lésions plus hideuses, et jamais d'ulcération de cette profondeur, chez un malade n'en étant qu'à la période secondaire.

Le mal progressait depuis six mois, bien qu'il eût été soigné par deux de nos plus savants collègues, bien que la malade eût été soumise aux médications les plus variées, et eût suivi infructueusement —notre cher rédacteur en chef me permettra-t-il de l'écrire ici ? — suivi infructueusement une saison à Uriage.

En prenant la direction du traitement, je n'eus — me rappelant la précédente malade — qu'à suivre exactement les mêmes règles; qu'à observer les mêmes précautions, et surtout à apporter et à imposer plus de persévérance dans l'emploi du topique jusqu'à guérison complète. Car je tiens à bien spécifier, mon cher confrère, qu'il importe de ne pas se fier aux apparences; de ne point prendre pour cicatrice solide, les pellicules noirâtres formées par l'action du caustique, sous lesquelles l'ulcère persiste et creuse. Il fallut six semaines de pansement pour obtenir la complète fermeture de cette vaste plaie; mais en six semaines le résultat était acquis; il ne s'est pas démenti depuis. — Ajoutons vous le croirez sans peine, que l'aspect du doigt est aujourd'hui beaucoup moins disgracieux que n'aurait pu le faire craindre la perte de substance très-réelle que l'ulcère avait produite.

Vers la même époque, je fus appelé en consultation par mon excellent et très-éclairé confrère, le professeur Chauvin, auprès d'un jeune homme atteint de la même maladie. Inutile d'entrer ici dans d'autres détails; plus inutile encore d'énumérer les traitements qui, déjà, avaient été mis en usage. L'expérience, le zèle, l'ingéniosité du confrère que je viens de nommer sont une garantie suffisante que rien de

Digitized by Google

ce qu'il était possible de tenter n'avait été omis. Comment n'avait-on point pensé au nitrate d'argent ?... Probablement, ainsi qu'il arrive souvent, on avait d'emblée rejeté ce moyen comme trop simple pour devoir triompher d'un mal aussi grave.

Quoi qu'il en soit, instruit par le souvenir des deux succès narrés ci-dessus, je conseillai et n'eus aucune peine à faire agréer les pansements avec la solution au vingtième. Peu de temps après, M. Chauvin m'apprit que la guérison avait été obtenue avec la même facilité que chez mes deux autres malades.

Tels sont, mon cher confrère, les faits sur lesquels je voulais appeler votre attention ainsi que celle des lecteurs de la feuille où nous trouvons si courtoise hospitalité, vous pour vos recherches de haute et pratique pathologie, moi pour mes réminiscences de spécialiste émérite. Je n'ai vu, depuis douze ans, que ces trois cas de périonyxis ulcéreux, et je les ai guéris, tous les trois, par le pansement avec la solution au nitrate d'argent. Dans les trois cas, l'amélioration a commencé dès les premiers pansements; et, quand les pansements ont été continués, cette amélioration a progressé sans interruption jusqu'à ce qu'elle se soit convertie en cicatrisation complète. Si ce sont là, pour mon traitement, des titres qui puissent lui valoir d'être placé sur la même ligne que le sparadrap de Vigo et que la poudre d'iodoforme, je serai heureux de le savoir, et particulièrement flatté, cher confrère, de l'apprendre de votre bouche.

P. DIDAY.

Digitized by Google

LA PROSTITUTION EN ESPAGNE.

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS,

Par le Docteur CAMBAS (1),

Directeur du *Progrès médical*, de Cadix.

Que nous sommes en pleine décadence physique ; que notre race dégénère à pas de géant ; que la génération qui nous entoure aujourd'hui est chétive, rachitique, engendrée par une souche un peu moins débile, mais dont la tige vermoulue produit de jeunes rameaux maladifs ou de bien mauvaise qualité ! voilà des vérités que nous allons nous appliquer à démontrer, parce qu'elles sont, par malheur, très à la portée de la plus superficielle attention d'un observateur quelconque.

Les causes de cette triste et constante métamorphose qui s'opère dans notre existence se rattachent aux nombreuses circonstances dans lesquelles se trouve enveloppée l'humaine soumission à la loi inéludable du destin, qui a tracé à l'avance la voie que le monde doit suivre dans sa carrière ; et par cela même qu'elles sont si nombreuses, si opposées et si complexes, elle ne peuvent ni ne doivent se placer en ce moment dans le domaine du travail qui fait l'objet de notre examen.

Il en est une, cependant, dont la funeste influence a conservé, à travers les siècles, un rôle important dans le silencieux et terrible drame dont nous parlons, et dont la

(1) *El Progreso médico* de 1871, pages 89 à 130. —Traduit de l'espagnol par le Dr E. Bertherand (d'Alger).

Digitized by Google

spéciale et profonde étude nous appartient de droit, car elle est, de plus, un devoir sacré pour ceux qui, comme nous, veillent constamment à la conservation de la santé et à l'amélioration des conditions hygiéniques réclamées par notre espèce.

Cette cause, assez souvent la plus puissante, sinon la plus constante, la plus universelle, la plus active par sa rapide influence et son continuel développement, c'est la *syphilis*, nuage noir qui a couvert de ses ombres la brillante auréole de gloire dont scintillait le nom de Colomb ; qui, depuis quatre siècles, est entrée en Europe sans difficulté aucune au milieu des trésors et de riches dépouilles ; qui, à l'instar d'un fléau occulte, s'est glissée entre l'or et les pierres précieuses au moment où un Nouveau Monde les déposait à Barcelone aux pieds des Rois Catholiques, comme si la pudique Amérique avait alors voulu châtier à sa manière le peuple qui, pour la première fois, avait porté l'empreinte de ses pas sur ces côtes ignorées.

Importée, à n'en pas douter, par cet illustre Génois que nous venons de citer, la syphilis sera toujours la plaie la plus dévastatrice et la plus terrible qui afflige l'humanité, car elle a contribué sur une grande échelle à l'œuvre lente de destruction dont nous sommes témoins, et dont nous cherchons à enrayer les progrès, convaincu que ce n'est pas là une bien grande difficulté que de limiter ses ravages sur son vaste champ d'activité, pourvu que, pour assurer ce grand problème, la science et la loi qu'elle éclaire conspirent dans une intime entente.

II.

Nous devons, avant tout, tracer et résoudre deux importants problèmes, dont nous prévoyons la solution indispensable comme point de départ de déductions d'une série de

Digitized by Google

considérations que nous inspire la grave question à élucider dans le présent travail :

1° Quelles sont les sources principales du virus syphilitique ? 2° Quels sont les moyens les plus faciles et les plus efficaces pour en empêcher la propagation ?

Il est facile de trouver une prompte et complète réponse à la première de ces deux questions.

On comprend, en effet, que la prostitution, tant publique que clandestine, a toujours été la source inépuisable de ce subtil poison, traîtreusement caché au fond de la coupe dorée avec laquelle les prostituées offrent leurs amours mensongères; il s'infiltre aux lèvres avides de ceux qui, inconscients du danger et fermant devant lui les yeux, épuisent jusqu'à la lie cette mortelle liqueur avec laquelle apaisent leur soif les malheureuses que l'ignorance ou la misère poussent dans cet abîme de l'abandon et de la dégradation.

Une question accidentelle, mais non pour cela moins grave, se présente comme dérivation logique de la précédente. Etant reconnues les prostitutions publique et clandestine comme foyers perpétuels d'infection, l'une et l'autre, surtout la première, doivent-elles tomber sous l'action salutaire, répressive et régulière de la loi ?

Il y a, par bonheur, beaucoup d'années et même de siècles, que s'est élevé pour la première fois un débat pratique sur cette question, d'assujettir les prostituées à des lois spéciales, quand même celles-ci seraient inefficaces pour porter remède aux maux que ces femmes occasionnent, n'étant pas en intime et complète relation avec les lois de l'hygiène sans lesquelles restent impuissants tous les efforts dirigés dans un but de préservation.

Simplement répressives dans les premiers temps, puis organisées et salutaires à des époques moins éloignées, il a toujours existé des lois sages propres à opposer une limite

Digitized by Google

et une digue à cette véritable *inondation* de malheurs. Depuis Recard le catholique (586), qui, avec plus d'espoir que de succès, prohibait la prostitution sous les peines les plus sévères, jusqu'aux Rois Catholiques qui, au début du XVIe siècle, promulgèrent les *Ordonnances de Séville*, destinées à organiser et réglementer les *femmes entretenues et de mauvaise vie*, il apparut à des époques distinctes beaucoup de lois organiques dont l'esprit et les tendances reflétaient naturellement l'influence des idées régnant au moment de leur institution. C'est ainsi que les unes se ressentent de l'esprit théocratique ; les autres sont, par leurs traits particuliers et leur sévérité, imprégnées de cette amère saveur que le régime absolutiste imprime à toutes les œuvres que son caractère ombrageux élabore; d'autres, enfin, et ce sont les plus nombreuses, manquent d'objet bien déterminé et se bornent à la vaine préoccupation d'abolir complétement la prostitution. Dans presque toutes, tel était l'unique souci du législateur.

Filles de l'intolérance, du fanatisme et d'une hypocrite ignorance, telles étaient, en effet, et devaient être ces élucubrations si mal inspirées et si fâcheusement conçues, qui non-seulement furent parfaitement inutiles, si ce n'est pour arriver à un résultat tout opposé à celui qu'on espérait, mais encore reléguaient les maisons de débauche et les lupanars dans certains quartiers des villes, obligeaient les prostituées et filles de mauvaise vie à porter quelque signe extérieur indiquant leur misérable existence, n'arrivaient qu'à exciter sur une vaste échelle la prostitution clandestine, conséquence naturelle des sévérités mal entendues qui pesaient sur la fille publique. Et, par malheur, ces maux sont bien plus graves dans leurs conséquences que les inconvénients apparents que peut engendrer la protection d'une loi, bienfaisante dans son action, mais qu'une impitoyable sévérité fait facilement éluder.

Digitized by Google

Cependant, comme il n'entre pas dans notre sujet d'examiner au point de vue historico-critique la législation passée relative à la prostitution, tant en Espagne qu'en d'autres pays, il nous suffit d'avoir consigné jusqu'ici l'exposé sommaire de ce point qui nous servira de base et d'encouragement pour affirmer qu'en tout temps, à toute époque, on a toujours reconnu la nécessité d'une réglementation plus ou moins sévère de cette incurable plaie sociale.

Nouvelle civilisation, nouveaux usages, nouvelles coutumes, entraîneront forcément, à notre époque, des lois nouvelles et surtout en parfaite harmonie avec le degré de perfection que poursuivent l'hygiène publique et en général les ordonnances administratives.

Aussi est-ce en partant de ce principe douloureux et certain, que la prostitution est un mal inévitable et réparable dans ses excès et que les prostituées doivent être soumises à des lois exceptionnelles, que s'établiront certaines pratiques sanitaires et certaines institutions dont l'histoire et l'examen vont nous occuper immédiatement.

III.

Malheureusement la syphilis n'est point le triste patrimoine de la prostitution publique, mais elle étend son action à toutes les classes de la société, pouvant imprimer ses désastreux stigmates dans la plus pure couche nuptiale et dans le berceau de l'innocent enfant qui vient de naître.

Entraîné par d'anciennes habitudes d'un irrésistible et grossier sensualisme, un individu contracte, dans les bras d'une prostituée, ce funeste mal qu'à son tour il transmet,

Digitized by Google

sans le savoir, à son honnête épouse, et plus tard le fruit de cette union est victime innocente des fautes d'autrui.

La nourrice à laquelle une mère se croit obligée de confier l'allaitement de son enfant, est, par malheur, en beaucoup de cas, un véritable assassin qui tue, non pas d'un seul coup, mais lentement et avec constance ; car, au lieu d'un abondant et salubre lait, sort de ses mamelles un poison mortel que dévore avidement la malheureuse petite créature tranquillement couchée de la tête sur le sein de ces modernes cléopâtres qui, sciemment une fois et par ignorance d'autres fois, flétrissent pour toujours l'existence de ces petits êtres cherchant en elles la force et la vie, n'y trouvant que la maladie et la mort.

Quel est le foyer, quelle est la source de ce mal dont le fortuit et fatal enchaînement évite toutes les distances et ne rencontre pas de digue capable de l'arrêter ? — La prostitution publique. C'est là le point d'où procède et où afflue d'une manière incessante, par une déplorable facilité, le mal que contractent et que transmettent les malheureuses qui exercent cette triste profession.

Ainsi l'ont toujours compris les nations civilisées, et cela à diverses époques et par divers moyens, toutes dirigeant leurs efforts sur l'extinction de ce foyer dont les miasmes menaçaient d'anéantir l'humanité !

Allemagne, Italie, Belgique, Danemarck, Hollande, France, Suisse, Portugal, Espagne, etc., en édictant des lois autant hygiéniques que répressives, ont fait beaucoup dans cette grave question de santé publique.

Seul, un peuple excentrique, comme l'est assurément l'Angleterre, pouvait penser et pense encore que la prostitution est une industrie libre qui, si elle ne mérite pas la protection du gouvernement, ne peut pas non plus être soumise à des lois exceptionnelles : elle considère que les femmes qui l'exercent usent d'un droit individuel sur

Digitized by Google

lequel la législation n'a aucune prise, et par conséquent impossible à limiter, régulariser ou restreindre même dans l'intérêt de la société. Quatre-vingt mille prostituées circulent dans la seule ville de Londres, et cela suffit à prouver la justesse de ce critérium spécial du peuple anglais.

IV

Il y a une question fondamentale, sur laquelle se trouvent d'accord tous les pays qui ont établi des lois spéciales pour remédier au mal qui nous occupe.

L'unique moyen d'atténuer les ravages de la syphilis et de l'éteindre ou tout au moins de la prévenir le plus possible, est de surveiller rigoureusement la prostitution publique et de séquestrer les femmes malades en les soumettant en outre à un traitement curatif convenable.

Nous l'avons déjà dit : le grand foyer de propagation de ce fléau, la grande source d'où il part et où il converge tout aussitôt, c'est la prostitution publique, bien que la prostitution clandestine ne soit pas la moindre cause de son développement.

Mais comme la première seule peut être atteinte par la loi, cette dernière dirige contre elle tous ses moyens de précaution en vue de la santé publique.

C'est ainsi que chez tous les peuples chez lesquels les filles ont été soumises à des règlements particuliers, on a établi comme unique mesure hygiénique la visite régulière, périodique et minutieuse des maisons de prostitution et des femmes qui s'y livraient publiquement, quand même elles ne vivent pas en société avec d'autres, mais bien dans un domicile particulier.

C'est là ce qui se passe en France, par exemple, où les lois sanitaires à cet égard s'exécutent sans difficultés, grâce à une vigilance suffisante de cette branche de l'hygiène

Digitized by Google

publique. Ainsi, dans les grandes villes comme Paris, Marseille, Bordeaux, etc., il existe des dispensaires où les filles inscrites sur les livres matricules de la police viennent se soumettre à l'examen.

Les maisons de tolérance, comme on les y appelle, sont visitées chaque semaine par des médecins spéciaux chargés de chaque district respectif.

Les prostituées qui vivent isolées (*filles en carte*) sont obligées de se présenter au dispensaire deux fois par mois, le jour de cette visite étant laissé à leur choix.

Comme on le voit, ces mesures étaient bien loin de la perfection, et pas n'est besoin d'un grand effort pour comprendre la presque inutilité de ces lois si peu prévoyantes, qui permettent à une prostituée de passer un mois entier sans subir l'inspection médicale.

A Hambourg, Berlin, Bruxelles, etc., les médecins passent deux visites par semaine à toutes les prostituées, quelle que soit leur catégorie, sous la plus étroite responsabilité des personnes qui sont à la tête des maisons de tolérance; de plus, ils se servent, dans ces deux visites, du spéculum, et explorent non-seulement les organes génitaux externes et internes, mais la bouche, le pharynx l'anus, la peau, en un mot, toutes les régions qui peuvent être le siége de manifestations vénériennes ou syphilitiques, unique moyen (il faut en convenir) de les reconnaître, et qui, s'il n'est pas complétement utile, constitue au moins le plus sûr, le plus certain, toutes les fois qu'il permet au public de se reposer dans une garantie tacite offerte par l'hygiène administrative : celui-ci peut alors se livrer avec la plus entière confiance à ses désirs, ce dont il serait souvent détourné par la crainte de contracter quelque maladie.

Comme le fait remarquer avec beaucoup d'à-propos le docteur Langlebert, la patente de santé que le gouverne-

Digitized by Google

ment accorde aux prostituées par le moyen de l'immunité que le médecin a reconnue, est comme toutes les patentes dont l'expression est donnée dans les quatre lettres : S. G. D. G., c'est-à-dire, *sans garantie du gouvernement.*

Quoique aucune autorité ne puisse répondre de la santé de ses administrés, elle peut cependant, d'après la science et l'expérience, conseiller ce qu'elle croit le meilleur, et conduisant le plus rapidement au but qu'elle se propose.

Il est bien singulier que les entrailles de notre société soient détruites et corrompues par un mal tel que la syphilis, contre lequel il n'est pas plus difficile de se prémunir et de se garantir que contre les autres à l'égard desquels la même société se protége par des lois rigoureuses, celles, par exemple, des quarantaines et des lazarets.

Et malgré tous les obstacles, si nous mettions en balance les victimes par maladies épidémiques avec celles par affections vénériennes et syphilitiques, la différence serait bien plus grande du côté de ces dernières, dont l'influence pernicieuse est constante dès qu'elles ont été importées, tandis que les premières apparaissent par hasard, à des intervalles éloignés et alors qu'elles peuvent tromper la vigilance des lois.

Il est en outre reconnu depuis nombre d'années, que le moyen d'atténuer et d'éviter ces ravages et cette dissolution de mœurs, comme l'a dit l'immortel Gaspard Torrella, et répété il y a quelques années, avec peu de variation, par Parent Duchâtelet, est celui-ci : « Pour diminuer les ravages de la syphilis et très-probablement les éteindre dans un temps plus ou moins éloigné, la première, la plus indispensable des conditions est de surveiller la santé des personnes placées dans les conditions les plus favorables à sa propagation : ces personnes sont, à coup sûr, les prostituées. »

Digitized by Google

Étant admise cette opinion comme incontestable et comme principe absolu, nous nous bornerons à examiner : 1° en quoi consiste ou a consisté jusqu'ici l'insuffisance des lois sur ce sujet; 2° quelles sont celles qui maintenant paraissent en accord et en harmonie avec les progrès de la science.

V

Un des disciples les plus distingués du célèbre professeur Ricord, le docteur Diday (de Lyon), disait en 1858 (1) : « Si, après la rigoureuse exécution des moyens adoptés contre la syphilis, ce terrible mal ne diminue pas, il faut très-probablement en attribuer la cause à leur inefficacité, comme l'expérience le démontre depuis vingt ans. »

Ces paroles, prononcées et écrites depuis treize ans, nous pouvons malheureusement les répéter avec la même raison qu'invoquait M. Diday, pour se plaindre à cette époque du peu d'habileté avec laquelle, alors comme aujourd'hui, furent dirigés les efforts employés contre la plaie qu'il s'agissait de détruire.

Et s'ils furent impuissants à cette époque, combien plus doivent-ils l'être aujourd'hui que les grands progrès de la syphilographie ont rendu nécessaires des moyens plus rigoureux et des lois beaucoup plus sévères, bien que d'une facile et simple exécution !

Prenant pour règle et modèle, à ce sujet, la législation française, sinon comme la meilleure, du moins comme la plus connue entre toutes, nous rappellerons que la partie fondamentale de tous les règlements spéciaux de cette branche d'hygiène publique est la visite médicale faite aux prostituées par les médecins du dispensaire ou hygiénistes

(1) *Nouvelles doctrines sur la syphilis.*

Digitized by Google

comme on les appelle ici. Cette visite en France est hebdomadaire et domicilière pour les filles des maisons de tolérance, et celles qui ont un logement personnel sont tenues de se présenter au dispensaire deux fois par mois.

Voyons maintenant si ce qui se fait en Espagne peut conduire au but tant recherché.

Et à ce propos, il ne sera pas inutile de rappeler à grands traits la manière primitive dont fonctionnait chez nous, dès le début, le premier Corps des médecins-hygiénistes organisés à Madrid, et dont nous avons eu l'honneur de faire partie pendant plus de quatre ans.

Surmontant de grands obstacles, provenant les uns de la routine, les autres du fanatisme, d'autres surtout de l'ignorance, l'illustre marquis de la Véga de Armijò, gouverneur de Madrid, établit cette utile institution en mai 1859, et adopta, dans le règlement spécial qui la régit, tous les moyens et précautions jugés indispensables à son but.

Toutes les prostituées, soit ayant un domicile particulier, soit habitant les maisons de tolérance, furent soumises à deux visites hebdomadaires, dont une seule avec l'emploi du spéculum.

Les femmes des maisons publiques, reconnues atteintes de syphilis, étaient arrêtées et envoyées à l'hôpital de Saint-Jean-de-Dieu. Les femmes isolées, déclarées vénériennes, eurent l'autorisation de se traiter chez elles, mais sous la surveillance de la police et avec l'assistance d'un des médecins-hygiénistes.

L'absence non motivée des prostituées à l'une des deux visites précitées était punie d'abord d'une amende, puis, en cas de récidive, de quelques jours de prison.

Toutes se trouvaient pourvues de cartes ou livrets spéciaux sur lesquels l'inspecteur chargé du district inscrivait et signait le résultat de la visite.

Digitized by Google

Telles étaient les bases fondamentales du règlement spécial qui avait cours à cette époque.

Il semble à première vue qu'avec de pareilles lois on doive promptement éteindre le mal qu'elles cherchent à détruire ; et en effet, les premiers résultats furent des plus remarquables. Sur 1,200 femmes signalées sur les livres de la police, environ 500 se firent inscrire dès le premier mois : le mal vint à disparaître à ce point qu'au mois d'août de la même année il n'y avait pas un seul malade dans les salles des vénériens de l'hôpital militaire, alors que la garnison s'élevait à plus de 12,000 hommes.

Ce brillant résultat valut à l'illustre marquis de la Vega l'Armijo les plus chaleureuses félicitations de la part du préfet de la Seine qui le vit, cette même année, dans un voyage d'agrément qu'il fit à Paris.

Mais bien qu'il fût assez satisfaisant pour un premier essai tenté en Espagne, l'ouvrage de M. Vega de Armijo n'était point du tout parfait, et l'expérience démontra rapidement quelques-unes de ses défectuosités qui permettaient aux prostituées, avec plus au moins de facilité, d'éluder l'action de la loi et rendaient dès lors stériles les efforts de l'administration en faveur de la santé publique.

C'est ainsi que, quelques années après son organisation, le Corps des hygiénistes se trouva réduit à néant, pour être à nouveau rétabli en 1869 par notre respectable ami don Juan Moreno Benitez, alors gouverneur civil de Madrid (1). Celui qui est actuellement en fonctions, M. Rojo Arias prépare, d'après ce que nous avons appris, de grandes réformes tant dans le règlement sanitaire que dans l'organisation et la surveillance des maisons de prostitution.

(1) Nous donnons un peu plus loin la traduction de son Règlement (Note du Dr E. B.)

Digitized by Google

Il y a quelques mois, le gouverneur civil de Cadix, alors don Frédéric Villalba, créa un Corps d'hygiénistes dont nous avons examiné le règlement et qui offre la plus grande similitude avec celui primitivement formé à Madrid : deux visites par semaine pour toutes les prostituées ; séquestration des malades et leur translation à l'hôpital.

Maintenant que nous savons l'origine de ce qui existe, examinons quels sont les principaux défauts des ordonnances actuelles, les moyens d'obvier à leurs inconvénients, en nous plaçant au point de vue de l'état actuel de la science.

La base principale sur laquelle doit reposer cette importante section de l'hygiène publique est, sans contredit, l'organisation d'une bonne police spéciale qui ait, non-seulement une active surveillance, mais encore le droit absolu d'une inspection médicale de toute prostituée, et surtout l'inscription de *toutes*, absolument toutes les prostituées sur des registres matricules *ad hoc* : sans cette base les efforts réunis de la science et de l'administration resteront complétement stériles.

Qu'importe, en effet, que cent ou deux cents prostituées soient visitées avec une rigueur et un soin des plus minutieux, si d'un autre côté un nombre égal de ces femmes échappent à tout examen et peuvent ainsi cacher des maladies graves qu'elles propageront ?

Cela n'a pas besoin de commentaires et se comprend de soi seul.

Or, supposons que pas une de ces femmes n'échappe à l'atteinte de la loi et que toutes subissent l'examen médical avec toute la régularité voulue, cela suffirait-il, avec ce qui est tenté aujourd'hui, pour atteindre le but si cherché ?

En aucune manière. Cet état de choses est insuffisant et, ce qui pis est, conduit à des résultats négatifs, toutes les

Digitized by Google

fois que les moyens actuellement en vigueur comportent une fausse garantie et une obscurité qui peuvent faciliter la multiplication des maux qu'ils cherchent à combattre, inspirant ainsi au public une sécurité trompeuse.

Bien entendu qu'en formulant cette opinion si ferme et si concluante, quoique opposée entièrement à ce qui existe, nous sommes très-éloigné de jeter la moindre accusation sur l'aptitude et la probité des dignes hygiénistes de Cadix et même de Madrid, sur lesquels ne saurait retomber la plus légère responsabilité des défauts que nous dénonçons.

Le mal, comme nous le voyons, réside dans le règlement, dans la manière et la forme actuelles du service, mais ne saurait incomber à ceux qui sont chargés de son exécution.

VI.

Étant supposé (hypothèse bien téméraire) que la police inscrive sur ses registres *toutes* les prostituées de la capitale, aussi bien celles en domicile particulier que celles réunies en maisons de tolérance, les deux visites hebdomadaires (dont une au spéculum) ne suffisent pas pour empêcher la propagation du virus syphilitique et des maladies vénériennes.

En premier lieu, il y a l'usage de ne point examiner la femme menstruée — usage suivi à Madrid et que nous trouvons très-blâmable, — car il ne saurait exister aucun inconvénient à introduire le spéculum pendant ladite période et surtout à vérifier l'état des parties génitales externes avec toutes les précautions nécessaires.

En second lieu, une femme atteinte de syphilis peut manquer à une, deux ou plusieurs visites, en payant l'a-

Digitized by Google

mende infligée pour son absence, et pendant tout ce temps transmettre son mal à différents individus.

D'autre part, l'horreur que leur inspire à presque toutes la pensée d'être conduites à l'hôpital, les fait recourir, quand elles sont malades, à toutes sortes de ruses pour se soustraire à la visite, soit en simulant des absences, soit en alléguant mille prétextes, soit, enfin, en se sauvant réellement et en portant le mal là où il n'existait pas auparavant.

Enfin, à tous ces inconvénients, et à d'autres encore que nous omettons pour ne pas être démesurément prolixe et étendu sur ce sujet, nous devons en joindre un d'une importance considérable, né des progrès même de la syphiligraphie.

Quand on ne connaissait pas le caractère contagieux des accidents secondaires de la syphilis, on pouvait regarder comme suffisantes une ou deux visites hebdomadaires pour constater l'état sanitaire d'une prostituée; mais depuis que, grâce aux recherches du savant docteur Ed. Langlebert, cette qualité contagieuse à ladite période du mal a été complétement prouvée, les choses ont totalement changé, et, comme le dit M. A. Fournier (1), « la connaissance du caractère contagieux de la syphilis secondaire ouvre une nouvelle voie à la prophylaxie et exige de plus grandes garanties. »

Relativement à ce point très-important, nous pensons, d'accord avec M. Langlebert, qu'il faut classer les prostituées en deux grandes catégories : la première, celle des femmes *exemptes d'infection syphilitique*; la seconde, celle des femmes *affectées de diathèse syphilitique*. Pour les premières, deux visites par semaine peuvent suffire; il n'en est pas de même pour les secondes sur lesquelles il faut

(1) *De la contagion syphilitique*, p. 150.

Digitized by Google

exercer une surveillance toute spéciale, en les visitant un jour sur deux, et non journellement comme le veulent quelques syphiliographes, Langlebert, Fournier, Martin, Bonhomme, etc.

Cela est très en harmonie avec ce que nous avons vu plus d'une fois, avec ce que Langlebert affirme avoir observé dans sa pratique étendue, à savoir : « que plus de la moitié des chancres infectants ordinaires proviennent d'accidents syphilitiques constitutionnels. » — Il suffit d'énoncer ce fait incontestable pour comprendre quelle exquise surveillance exige la prostituée affectée de symptômes secondaires, chez laquelle peuvent apparaître d'un instant à l'autre des phénomènes pathologiques dont le caractère transmissible occasionnera de graves dangers, à moins qu'une visite quotidienne, ou tout au moins tous les deux jours, ne vienne les prévenir à temps.

Dira-t-on que ce sont là beaucoup de visites ? certes ; mais qui veut la fin, veut les moyens.

L'évolution ordinaire du chancre infectant est, règle générale, assez lente pour qu'elle puisse être découverte par le médecin-hygiéniste dans une des deux visites hebdomadaires ; mais cela n'arrive pas pour les accidents secondaires et le chancre qui en peut dériver, puisque celui-ci peut comme ceux-là apparaître avec une rapidité incroyable et se transmettre de même, sans avoir préalablement donné le temps d'être découvert.

La prostituée affectée de syphilis primitive ou secondaire et qui vient de sortir de l'hôpital où elle a été soumise à un traitement convenable et curatif en toute apparence, exige, dans notre crainte, une observation spéciale, pour ainsi dire journalière durant quelques mois, et beaucoup plus rigoureuse que pour la femme chez laquelle on n'a observé aucun symptôme syphilitique bien caractérisé.

Cette importante classification étant reconnue comme

Digitized by Google

absolument nécessaire, il est évident qu'elle doit motiver la réforme radicale de nos lois spéciales sur la matière.

Finalement, tant qu'il n'existera pas de dispensaires particuliers où seront conduites *et traitées* les prostituées atteintes de syphilis et de maladies vénériennes, et dans lesquels elles soient astreintes à subir la visite d'inspection prescrite par le règlement, il restera toujours une porte ouverte au mal, parce que toutes ou presque toutes s'effrayent de penser à l'hôpital, mettant alors en jeu, pour l'éviter, tous les moyens que leur suggèrent leur ruse et leur malice.

VII.

Nous résumerons le plus possible tout ce que nous venons d'exposer et nous terminerons par les conclusions suivantes :

1° La base de l'institution des médecins-hygiénistes est une bonne et vigilante police spéciale dont les registres contiendront l'inscription, par district, de *toutes* les prostituées de la capitale ;

2° Ces femmes doivent être visitées deux fois par semaine, à l'aide du spéculum chaque fois ; des peines sévères seront appliquées aux retardataires et aux absentes, et sans préjudice de l'examen sanitaire le jour même où elles sont retrouvées, ou le lendemain au plus tard ;

3° La visite médicale sera passée tous les jours ou tous les deux jours aux femmes affectées de syphilis constitutionnelle et cette surveillance durera, au minimum, quatre mois ;

4° Toutes les femmes immatriculées seront pourvues d'un livret spécial sur lequel le médecin du district inscrira le résultat de chaque visite et signera qu'il a examiné les

Digitized by Google

organes génitaux internes et externes, l'anus, la bouche, la peau, etc.;

5° On doit établir des dispensaires spéciaux où, sans exception aucune, seront *traitées* toutes les prostituées atteintes de syphilis ou de maladies vénériennes;

6° La direction scientifique de ces dispensaires sera confiée à un des médecins-hygiénistes; ceux-ci alterneront pour ce service, pendant lequel ils seront exempts des visites domiciliaires;

7° A ces dispensaires, autant que possible, les prostituées se rendront pour faire constater leur présence et subir l'examen scientifique et sanitaire.

Nous pensons qu'un règlement établi sur ces bases pourrait rendre de grands services à la santé publique, en atténuant les ravages d'un mal réputé comme la plaie la plus affreuse qui afflige l'humanité.

VIII.

Nous ne terminerons pas sans dire quelques mots sur l'organisation du Corps des médecins-hygiénistes.

Pour entrer dans ces Corps spéciaux, il ne devrait pas y avoir — à notre avis du moins — d'autre voie que celle du concours légal et public, préalablement annoncé selon l'usage.

Les épreuves de ce concours se réduiraient à trois :

1° Présentation d'un projet de règlement spécial sur cette branche de l'hygiène publique;

2° Examen d'une femme malade; exposé de la nature et du siége de l'affection; pronostic et traitement.

3° Leçon orale d'une heure et demie sur un sujet de syphiliographie, tiré au sort sur un assez grand nombre de questions qui ne seraient pas moindres de 20 à 30.

4° Jury composé de sept professeurs de la capitale, dési-

Digitized by Google

gnés par le sort, cinq jours avant le commencement des épreuves.

Avec notre sincérité et notre franchise habituelles, nous avons présenté notre opinion sur une question des plus importantes de l'hygiène publique.

Nous n'espérons pas que notre faible voix sera entendue dans les régions élevées auxquelles nous avons la hardiesse de l'adresser; mais du moins nous aurons la satisfaction d'avoir rempli un double devoir, comme médecin et comme journaliste.

Docteur CAMBAS.

GOUVERNEMENT DE LA PROVINCE DE MADRID.

Réglement d'hygiène spéciale.

1869.

Tous les pays civilisés reconnaissant la nécessité de surveiller la prostitution pour éviter de plus grands maux. Il devient nécessaire de prescrire les règles qui peuvent diminuer les pernicieux effets qu'elle produit lorsque, outrepassant les limites de la morale publique, elle atteint un funeste développement. C'est pour arriver complétement à ce résultat qu'une *Section d'hygiène spéciale* est établie par le présent règlement. Avec ce dernier, on punit sévèrement les abus, on met un frein aux écarts de la corruption, aux outrages publics à la pudeur et à la morale, qui donnent une triste idée de l'éducation des peuples. Mais tout en condamnant le vice, il ne faut pas être sans pitié pour le coupable, ni lui fermer la porte du repentir. On doit, au contraire, essayer de le ramener dans la bonne voie.

La société repousse de son sein la femme prostituée :

Digitized by Google

si l'autorité, de son côté, la marque d'un stigmate indélébile, cette malheureuse se trouvera dans l'impossibilité de sortir de l'abîme où elle est tombée. Aussi laissons-nous à la femme publique une entière liberté qui lui permette, quand on a jeté un voile sur ses écarts, de revenir, sans entraves d'aucun genre, dans le sentier de l'honneur et de la vertu.

Quand au personnel administratif, il est établi un système de comptabilité qui rend impossibles les fraudes et les abus : en outre les médecins-hygiénistes sont obligés de rendre compte, jour par jour, du résultat de la visite d'inspection, de façon que la *Section* puisse s'assurer de l'exacte exécution du service.

CHAPITRE 1er.

Des femmes publiques : leur classement ; leurs obligations mesures disciplinaires.

Article 1er. — La création de la *Section d'hygiène spéciale* a pour but de prévenir et d'éviter les fâcheuses conséquences de la prostitution, de la restreindre autant que possible et d'empêcher qu'elle se manifeste d'une manière scandaleuse, outrageante pour la morale publique.

Art. 2. — Il sera tenu un registre où seront inscrites *toutes* les femmes qui se livrent à la prostitution, quelle que soit la classe à laquelle elles appartiennent, d'après le présent règlement.

Art. 3. — Les femmes prostituées seront classées comme suit :

1° Maîtresses de maison avec pensionnaires ;

2° Maîtresses de maison sans pensionnaires (*maisons de passe*) ;

Digitized by Google

3° Femmes prostituées libres (ayant domicile particulier) ;

4° Coureuses de rues (*vulgò :* raccrocheuses).

Art. 4. — Les maîtresses de maison avec pensionnaires se subdiviseront en quatre classes et payeront une quote mensuelle de :

16 écus (40 fr.) pour la 1re classe ;
12 écus (30 fr.) pour la 2e » ;
8 écus (20 fr.) pour la 3e » ;
4 écus (10 fr.) pour la 4e » .

Art. 5. — Les maîtresses de maison sans pensionnaires se diviseront en trois classes et payeront respectivement une quote mensuelle de :

12 écus (30 fr.) pour la 1re classe ;
8 écus (20 fr.) pour la 2e » ;
4 écus (10 fr.) pour la 3e » .

Art. 6. — Les femmes publiques avec domicile particulier se diviseront en deux classes et payeront respectivement une quote mensuelle de 4 écus (10 fr.) pour la 1re classe, et de 2 écus (5 fr.) pour la 2e.

Art. 7. — Les raccrocheuses se diviseront en deux classes et payeront une quote mensuelle de 2 écus (5 fr.) pour la 1re, et d'un écu (2 fr. 50) pour la 2e.

Art. 8. — Les pensionnaires de maison publique ne payeront aucune quote-part.

Art. 9. — *Toute* femme publique est tenue de se faire inscrire à la mairie de son arrondissement et de se munir d'une carte de sûreté qu'elle aura toujours sur elle.

Art. 10. — Les maîtresses de maison de prostitution devront se pourvoir d'une licence pour l'obtention de laquelle

Digitized by Google

elles payeront 2 écus (5 fr.) Quand elles voudront renoncer à leur industrie (trafic), elles n'auront qu'à rendre leur licence.

Art. 11. — Les maîtresses de maison ne pourront admettre chez elles, ni à demeure ni passagèrement, aucune femme dépourvue de la carte mentionnée à l'article 9.

Art. 12. — Les matrones ne pourront avoir à leur charge qu'une seule maison publique avec le nombre de filles soumises qui leur conviendra, sans que pour cela on puisse augmenter la quote afférente à leur classe.

Art. 13. — Les maîtresses de maison ne pourront, sous aucun prétexte, refuser d'exhiber *à tout requérant* le registre sur lequel seront consignées les observations des médecins du service spécial.

Art. 14. — Les maîtresses de maison ne pourront admettre comme pensionnaire aucune jeune fille mineure de 14 ans.

Art. 15. — Toute femme qui se livrerait clandestinement à la prostitution payera une amende de 10 écus (25 fr.)

Art. 16. — Toute maîtresse de maison sera tenue d'informer la *Section* de la rentrée ou du départ d'une de ses pensionnaires dans les vingt-quatre heures au plus tard.

Art. 17. — Les maîtresses sont responsables des scandales survenus dans leur maison, et de leurs pensionnaires qui se tiendraient sur les balcons ou aux fenêtres d'une façon peu convenable.

Art. 18. — Il est toujours défendu aux femmes publiques de se réunir à la porte des maisons, de provoquer les passants ou de leur faire des propositions indécentes.

Art. 19. — Les femmes publiques pourront traverser

Digitized by Google

librement les lieux publics en se conformant aux lois de la morale et de la décence.

Art. 20. — Les femmes publiques libres, ou *raccrocheuses,* seront soumises à une reconnaissance dans la maison qu'elles auront déclarée à la *Section.*

Art. 21. — Les maîtresses de maison seront tenues de conduire, le jour même, à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, celles de leurs pensionnaires auxquelles les médecins-visitants auraient délivré un billet d'entrée audit hôpital.

Art. 22. — Toute infraction aux articles précédents sera punie d'une amende que le gouverneur fixera, et de la prison dans le cas d'insolvabilité. Toute femme publique en état de récidive sera expulsée de cette capitale et remise à l'autorité civile, qui la fera conduire à son lieu de naissance.

Art. 23. — Toute maîtresse de maison qui cachera une pensionnaire payera, la première fois, une amende de 10 écus (25 fr.), et du double la seconde fois ; si elle recommençait, on lui interdirait son industrie (trafic).

CHAPITRE II

De la Section d'hygiène spéciale.

Art. 1er. — Il y aura au Gouvernement civil une *Section* qui sera chargée de tous les travaux relatifs à l'*hygiène spéciale.* On y établira une rigoureuse comptabilité des fonds qui seront recueillis.

Art. 2. — Pour faciliter les travaux de cette *Section,* on y attachera deux employés au traitement annuel de 6,000 réaux (environ 1,500 fr.), et un expéditionnaire aux appointements de 4,500 réaux (1,125 fr.). Ces fonds seront

Digitized by Google

prélevés sur les produits de cette branche de l'administration.

Art. 3. — Il y aura trois registres pour les femmes publiques et les maîtresses de maison, un répertoire général par ordre alphabétique et les deux autres par numéro d'inscription, pour les maîtresses de maison, les pensionnaires et les filles qui ont un domicile particulier. Dans ces deux derniers registres seront mentionnés le domicile et les changements ; de plus, dans les registres des maîtresses de maison et des femmes publiques, seront inscrits les payements qui n'auraient pas été faits chaque mois.

Art. 4. — La *Section d'hygiène spéciale* dépendra immédiatement de l'administration du Gouvernement civil.

Art. 5.— Il y aura deux collecteurs, chacun avec un traitement journalier de 10 réaux (2 fr. 50 c.) payés sur les fonds précédemment indiqués.

Art. 6. — Les recouvrements se feront chaque mois. La maîtresse de maison qui n'effectuera pas le payement de deux quotes aura à payer un quart en plus. Si le retard est de quatre termes mensuels, on procédera au recouvrement par la *voie exécutive*, après quoi on pourra lui interdire la continuation de son industrie (trafic).

Art. 7. — Chaque mois seront établis les états des recouvrements et des dépenses par l'employé chargé de la comptabilité. Ces états porteront le V* B* (visa) du président de la *Section* et du chef de la *Section* du Gouvernement. Ces états serviront de base et de vérification à ceux qui seront établis trimestriellement avec le V* B* (visa) du gouverneur de la province.

Art. 8. — Il y aura un livre des dépenses et un livre des recettes, tenus jour par jour ; la balance en sera faite mensuellement dans un autre registre qui tiendra lieu de grand-

Digitized by Google

livre. Les règles d'une bonne comptabilité y seront scrupuleusement observées.

Art. 9. — Il sera tenu un registre des entrées et des sorties pour l'hôpital de Saint-Jean-de-Dieu.

Art. 10. — Deux autres registres seront établis, l'un pour les amendes effectuées, l'autre pour les emprisonnements et détentions.

CHAPITRE III.

Du personnel médical.

Art. 1. — Le personnel médical se composera de dix *médecins-hygiénistes* qui prendront le titre de médecins délégués de la *Section d'hygiène* et auront un traitement annuel de 10,000 réaux (2,500 fr.) prélevé par trimestre sur les produits de cette administration.

Art. 2. — Pour être nommé médecin-hygiéniste, il faudra, outre les connaissances spéciales nécessaires, être âgé d'au moins 35 ans.

Art. 3. — Les médecins-hygiénistes feront deux visites par semaine dans les maisons qui leur auront été signalées, en ayant soin d'inscrire dans le registre des constatations le résultat de leur scrupuleux examen. L'une des visites sera nécessairement faite au spéculum.

Art. 4. — Toute femme trouvée atteinte de syphilis ou *autre maladie contagieuse* sera immédiatement envoyée par les médecins à l'hôpital St-Jean-de-Dieu. Ils en donneront avis à la *Section spéciale* qui de son côté préviendra également un médecin, dès que l'avis de l'entrée de la malade lui aura été donné par le directeur de l'hôpital. Le nom de la femme et l'heure de cette visite devront toujours être mentionnés.

Digitized by Google

Art. 5. — Le médecin relatera au gouverneur le résultat de chacune de ses visites, qu'il y ait ou non quelque chose de nouveau, fixant l'heure de l'entrée d'une pensionnaire à l'hôpital chaque fois qu'il l'aura décidée.

Art. 6. — Le directeur de l'hôpital de Saint-Jean-de-Dieu signalera chaque jour la rentrée et la sortie des femmes publiques pour cet établissement. Il indiquera le lieu de provenance et le nom de la malade, ainsi que l'heure de son entrée.

Le gouverneur,

Jean Moreno Bénitez.

Madrid, 1er septembre 1869.

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA FIÈVRE SYPHILITIQUE

Par le Dr S. COURTAUX

(Thèses de Paris, 1871, chez Adrien Delahaye)

Quelque nombreuses que soient les descriptions que l'on a données de la syphilis, son histoire est pourtant encore incomplète et l'on y trouve à glaner des sujets d'étude intéressants. S'il n'est pas en effet de maladie sur laquelle on ait plus écrit, il n'en est pas sur laquelle l'observation malhabile ou l'esprit de parti ait jeté pendant un temps plus de confusion ; de telle sorte que l'on a dû, dans ces dernières années, en reprendre l'étude presque sur nouveaux frais. Or, comme cela arrive à toute époque de renaissance, il est telle découverte faite dans l'observation consciencieuse de la nature, que l'on est tout étonné de retrouver dans les auteurs du temps passé. Mais le mérite de l'inventeur de seconde main n'en subsiste pas moins quand il a su se mettre au-dessus de la routine, et faire complétement la lumière sur une question dont l'importance avait été longtemps méconnue, même par des esprits sagaces.

Ainsi les syphiligraphes de la fin du xve siècle et du commencement du xvie avaient entrevu que la *fièvre* se produit souvent dans la période secondaire de la syphilis ; et pourtant il est généralement accepté aujourd'hui que cette affection est complétement apyrétique. Presque tous les auteurs mentionnent bien la fièvre parmi les signes importants du début de l'infection générale, au moment de l'apparition de la roséole ; mais, depuis cet instant jusqu'à

Digitized by Google

la période ultime de la diathèse, nul n'en parle comme d'un phénomène fréquent. Et cependant, elle se présente dans une très-forte proportion chez les femmes syphilitiques. Depuis plusieurs années, M. A. Fournier insiste à Lourcine, tant au lit des malades que dans ses leçons cliniques, sur ce symptôme dont un de ses élèves, M. Courtaux, a fait récemment l'objet de sa thèse inaugurale. Voyons à quelles conclusions est arrivé ce dernier observateur.

La fièvre, d'après lui, se rencontre chez un tiers environ des femmes atteintes de syphilis secondaire, en dehors de toute complication pouvant l'expliquer.

Elle se présente souvent avec des caractères qui n'ont rien de spécial, de telle sorte qu'on pourrait la confondre soit avec une fièvre éphémère, soit avec la fièvre de l'embarras gastrique, soit avec un début de fièvre typhoïde ou avec une fièvre paludéenne; car elle ressemble souvent au début des pyrexies continues ou périodiques. Mais elle ne tarde guère, en général au bout de quelques jours, à offrir quelques phénomènes propres qui peuvent la faire diagnostiquer soit directement, soit au moins par exclusion. Le diagnostic en est bien plus facile quand elle affecte tout d'abord certains types qui ne rentrent dans aucun cadre nosologique.

L'accès fébrile, pris en lui-même, est précédé par une sensation générale de froid plus ou moins intense, variable depuis une légère horripilation jusqu'au frisson violent plus ou moins répété ; cependant les malades disent souvent qu'ils ont commencé d'emblée par une période de chaleur. Des sueurs terminent ordinairement l'accès, mais elles peuvent manquer, de telle sorte que de fortes bouffées de chaleur sont seules accusées alors par les malades. Froid, chaleur et sueur, voilà bien les trois étapes ordinaires de l'état fébrile. — Le pouls monte à 80, 100 et même 120 ou

Digitized by Google

140 pulsations; la température axillaire s'élève à 38°, 39°, 40° et on l'a vue atteindre 41° 7. En un mot, l'intensité du symptôme peut varier entre un simple mouvement fébrile et un accès pyrétique des plus violents.

L'accès peut ne durer qu'une ou quelques heures, mais il peut aussi bien se prolonger pendant une partie du jour, de telle sorte qu'ayant son début le soir et son summum d'intensité pendant la nuit, la fièvre diminue progressivement le matin. La fièvre est franchement intermittente si les accès sont indépendants les uns des autres, rémittente ou exacerbante, s'ils empiètent les uns sur les autres. Dans ce cas, ce qui fait reconnaître que la fièvre n'a pas une origine palustre, c'est qu'elle est vespérine ou nocturne. Quand elle est réglée, d'ailleurs, elle affecte toujours le type quotidien, tandis que la fièvre palustre prend plus volontiers le type tierce. Souvent d'ailleurs les accès syphilitiques reviennent irrégulièrement, soit qu'il y ait un ou plusieurs jours d'apyrexie suivis d'uu ou de plusieurs jours de fièvre, soit que le moment de son apparition varie, dans la journée, du matin au soir et réciproquement. — Accès complet ou fruste, type intermittent, type exacerbant, type erratique et capricieux, tels sont donc les modes de cette fièvre diathésique.

Des phénomènes qui l'accompagnent, les uns peuvent être rapportés à la fièvre elle-même, les autres font partie intégrante du cortége des accidents secondaires de la syphilis. Il peut y avoir de la courbature, du malaise général, des troubles digestifs, etc.; mais il arrive souvent, chose singulière, que toutes les fonctions se font avec intégrité, de telle sorte qu'on voit un malade manger et digérer comme de coutume, conserver tout son appétit, avoir même une faim exagérée, bien que sa température axillaire monte à 40°, ce que l'on ne rencontre dans aucun autre état fébrile. — Ajoutons que l'on peut observer en même

Digitized by Google

temps tous les phénomènes connus de la période secondaire, syphilides des muqueuses et de la peau, douleurs multiples, troubles divers de la sensibilité générale ou spéciale.

Telle est ordinairement la fièvre de la période secondaire de la syphilis, telle que M. Courtaux s'est efforcé de la décrire.

Le même observateur ajoute que cette fièvre peut se présenter en quelques occasions avec le cortége phénoménal de la fièvre typhoïde vulgaire, délire, asthénie, hébétude, troubles graves de toutes les fonctions; c'est là ce qu'on peut appeler avec M. Fournier, la *typhose* syphilitique. Cette typhose ne dure que quelques jours et se termine par un retour brusque à la santé, sans aucune convalescence. Cette dernière forme peut induire en erreur le clinicien, s'il ignore que sa malade est en puissance de syphilis secondaire, car si les éruptions cutanées et muqueuses font défaut, tous les troubles nerveux peuvent être rationnellement imputés à une fièvre typhoïde vulgaire.

Quelque forme, et quelque durée qu'elle affecte, la fièvre syphilitique n'a rien de grave par elle-même; mais sa valeur symptomatique est considérable en ce sens qu'elle se relie souvent à des formes de syphilis assez sérieuses.

Quant à l'essence syphilitique de cette fièvre, elle ne saurait être contestée. La fréquence seule de cette fièvre chez les sujets syphilitiques, la place qu'elle prend si souvent dans le cortége des accidents indubitablement syphilitiques de la période secondaire, l'absence de complications étrangères qui la pourraient légitimer, l'originalité de ses symptômes dans bon nombre de cas, l'impuissance thérapeutique de tous les remèdes autres que le mercure et l'iodure de potassium, sont autant d'arguments qui établissent d'une façon très-certaine la liaison pathogénique de cet état fébrile avec la syphilis.

Digitized by Google

M. Courtaux a fait de louables efforts pour élucider un sujet encore inexploré. Ses observations sont nombreuses et bien choisies. A ce titre, son travail sera remarqué. Nos éloges seraient complets si un plan plus méthodique avait présidé à cet intéressant mémoiré. Passons toutefois sur ce dernier et léger reproche, et terminons en disant que les recherches et les résultats publiés par M. Courtaux marquent un progrès dans l'étude encore bien incomplète des troubles généraux de la syphilis secondaire.

H. Gripat,

Interne des hôpitaux de Paris.

Digitized by Google

SUR LA RÉSORPTION DES MATIÈRES

NON DISSOUTES

CHEZ LES MAMMIFÈRES,

Par le Dr Henri AUSPITZ, de Vienne.

(*Suite.*)

Plus tard, Dombrowsky (1) a injecté du liquide tenant en suspension une faible quantité de bleu de Prusse dans la cavité abdominale de deux chiens qu'il a tués, l'un au bout de deux heures et demie, l'autre au bout de cinq heures. Chez le premier chien, les vaisseaux lymphatiques du diaphragme étaient colorés en bleu, ainsi que quelques cellules du tissu cellulaire et leurs prolongements qui semblaient être en rapport intime avec les vaisseaux lymphatiques; chez le second chien, les rameaux lymphatiques situés dans la partie charnue étaient seuls colorés en bleu. Tandis que Schweigger-Seidel (2) et Dogiel ont montré l'existence même chez les grenouilles des stomates, indiquées par Recklinghausen, sur les parois du grand sac lymphatique situé dans la cavité abdominale (les grenouilles n'ont pas de diaphragme), et ont observé que les substances solides passent de la cavité abdominale dans la citerne lymphatique, et, de là, dans le sac iliaque, puis dans le cœur lymphatique, Dybkowsky (3) a démontré que sur la plèvre même (chez le lapin et le chien), il existe entre les cellules

(1) Bei Chrzonszewsky, Virchow's Archiv, 1867.

(2) Arbeiten aus der physiologischen Anstalt zu Leipzig. mitgetheilt durch C. Ludwig, 1866.

(3) Die aufsaugung und Absonderung der Pleurawand, ebenda, p. 40.

Digitized by Google

épithéliales des ouvertures analogues aux stomates de Recklinghausen, et, en outre, que des substances solides, et en particulier, des matières colorantes (par exemple, une solution de bleu de Prusse mélangée à une solution contenant 1 pour 100 de chlorure de sodium) sont absorbées par la plèvre costale, tandis que le médiastin et la plèvre pulmonaire n'absorbent pas; le réseau des vaisseaux lymphatiques de la plèvre était rempli. L'accomplissement de cette résorption dépend, d'après Dybkowsky, du jeu des côtes dans le mouvement d'inspiration et de l'adhésion des poumons à la plèvre.

Ces faits prouvent que des substances non dissoutes peuvent pénétrer hors des cavités closes, où elles sont absorbées par les vaisseaux lymphatiques. Pour ce qui est de savoir si ces substances peuvent pénétrer plus loin dans l'organisme, et, de plus, si des corps moins susceptibles de se diviser que le sont les matières colorantes, peuvent être absorbés de la même façon, les travaux de Recklinghausen et de Dybkowsky ne nous donnent aucune conclusion à cet égard.

J'ai pratiqué mes expériences sur la résorption avec un corps qui d'un côté a un poids spécifique faible, et qui d'un autre côté a une configuration déterminée, et conserve une forme constante même dans ses plus petites particules, et qui par conséquent se distingue d'une façon avantageuse du mercure métallique et des substances colorantes qui ont été principalement employées jusqu'ici dans les expériences; en même temps ce corps est facile à reconnaître à l'aide de la lumière polarisée et par les modifications qu'il subit en présence de l'iode; ce corps, c'est l'amidon, et en raison du petit volume de ses éléments, l'amidon de riz. Le volume des grains de l'amidon de riz est en moyenne de 0,045 de millimètre (Strecker), tandis que celui d'un corpuscule rouge de sang humain est de 0,077 de millimètre (Rollett)

Digitized by Google

et celui d'un corpuscule rouge de sang de lapin, de 0,0069 de millimètre (Welker). On peut dire que les plus gros grains d'amidon de riz dépassent de 20 fois environ le volume des corpuscules rouges du sang de lapin, tandis que les grains moyens ont environ 5 fois le volume de ces corpuscules et que les plus petits sont au-dessous du diamètre moyen des corpuscules rouges du sang. Je suppose que les conditions et les relations chimiques de l'amidon sont connues. Parmi ces propriétés, celle qui nous intéresse le plus, c'est que l'amidon ne se dissout pas dans le sang, et aussi l'action exercée sur cette substance par les solutions iodées (teinture d'iode ou solution d'iodure de potassium dans laquelle, par exemple, l'iode est en excès), action en vertu de laquelle l'amidon se colore en violet, en bleu et jusqu'en noir suivant la quantité d'iode. Si la liqueur est chauffée à 66 degrés centigrades, elle se décolore, pour reprendre sa couleur bleue en se refroidissant.

D'après ce que j'ai observé, l'iodure d'amidon se décolore quelquefois aussi par le fait de son passage à travers l'organisme. Dans ce cas, quelques grains d'amidon paraissent en même temps changer de forme, ils n'ont plus des contours nets, ils sont anguleux, etc... Enfin, l'action bien connue de l'amidon sur la lumière polarisée était encore une circonstance importante à noter au point de vue des expériences que nous rapporterons plus tard.

C'est en raison de ces propriétés que mon choix s'est fixé sur l'amidon. J'ai fait usage tantôt d'amidon de riz blanc, tantôt d'iodure d'amidon, auquel je donnais une coloration plus ou moins foncée en ajoutant une solution d'iodure de potassium iodurée à des degrés variables de concentration. Dans tous les cas la réaction obtenue par la solution d'iodure de potassium iodurée était tellement positive, qu'il n'y avait pas à craindre de se tromper. En général, les préparations étaient observées d'abord avec un faible gros-

Digitized by Google

sissement, puis j'ajoutais lentement la solution iodée que j'introduisais sous le verre du porte-objet, j'observais alors le changement de couleur qui se produisait, et après cela seulement, je recourais à l'usage de lentilles plus fortes. Les grains d'iodure d'amidon se distinguent des particules de pigment par leur forme ronde ou ovale nettement délimitée. Lorsque l'iodure d'amidon a été longtemps en contact avec les albuminates, la forme de ses grains s'altère bien çà et là, comme je l'ai déjà dit, mais dans le nombre il reste toujours des grains complétement intacts en quantité suffisante pour permettre d'établir le diagnostic. Quant aux globules d'air, qui reflètent quelquefois la lumière en bleu, leur couleur uniforme et peu brillante permet de les distinguer.

Dans les cas où l'on désirait ne pas changer la couleur de la coupe microscopique, l'emploi du microscope à polarisation rendait de bons services pour le diagnostic. Ce moyen d'investigation ne doit pas être laissé de côté, car il n'est pas facile d'établir avec certitude le diagnostic des grains d'amidon lorsqu'ils sont recouverts de quelque particule de tissus. Au surplus, il n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire, de déterminer, sans l'aide du microscope à polarisation, la nature exacte des grains qui ne sont pas colorés en bleu; on pourrait les confondre avec des cellules graisseuses ou avec des corpuscules blancs du sang : toutefois ils n'ont pas le brillant de la graisse, ils n'ont pas non plus le contour obscur qui est particulier aux cellules graisseuses et aux globules d'air; enfin les leucocytes (globules blancs du sang) se distinguent par le noyau simple ou multiple qu'ils renferment et aussi par la grande variété de leur conformation extérieure.

Ayant donc choisi l'amidon pour faire mes expériences, j'ai pensé tout d'abord qu'il était utile de rechercher ce que devient ultérieurement ce corps après son absorption dans

Digitized by Google

l'organisme. Pour atteindre ce but d'une façon certaine, j'ai dû procéder d'abord à une série d'expériences préparatoires pour savoir, par exemple, comment se comporte l'amidon de riz dans le système vasculaire sanguin, lorsqu'il y a été directement introduit. Je vais donc d'abord relater ici quelques expériences que j'ai faites à ce sujet.

PREMIÈRE SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Injections d'amidon de riz dans le système veineux.

12 expériences (de 1 à 12).

Les expériences que j'ai faites dans ce sens sur des cochons d'Inde, des lapins et des chiens, sont au nombre de 12; elles ont porté :

8 fois sur la veine jugulaire externe,

3 fois sur la veine cave inférieure dans la cavité thoracique,

Et 1 fois sur l'artère pulmonaire.

I. J'ai injecté dans la veine jugulaire, à l'aide d'une seringue, de l'amidon tenu en suspension dans l'eau, chez 4 cochons d'Inde, 3 lapins et un chien préalablement insensibilisés par le chloral.

La proportion de l'amidon dans l'eau était ordinairement suffisante pour donner au liquide de l'injection l'aspect de lait pur; 10 à 15 centimètres cubes de ce liquide furent injectés à des lapins d'un développement moyen. Le plus généralement ces animaux sont morts pendant l'opération ou peu de temps après.

(*La suite au prochain numéro.*)

Digitized by Google

REVUE DES JOURNAUX.

DE L'HERPÈS ZOSTER FRONTAL OU OPHTALMIQUE DU ZONA DE LA FACE.

Dans un des précédents numéro des Annales nous avons publié une étude très-complète, due au docteur Laqueur, de l'herpès ophthalmique, étude dans laquelle sont analysés tous les travaux qui ont déjà été publiés sur cette question. Les trois nouvelles observations du docteur Sichel se présentent avec tous les caractères qui ont été indiqués par les précédents auteurs tels que Hutchinson, Bowman et Jacksch. Ces faits soigneusemeut étudiés sont du reste très-intéressants et donnent une idée exacte de la marche de cette affection, sur la nature de laquelle on ne saurait encore émettre que des hypothèses. M. Sichel a constaté que les douleurs névralgiques qui précèdent l'apparition des premières vésicules disparaissent ensuite lorsque l'éruption se dessèche et font place à une véritable anodynée de la peau saine située entre les bulles et entre les différentes séries de celles-ci. En faisant avec soin une série d'attouchements sur les deux côtés du front du malade, avec les deux branches d'un compas, le malade constate, dans les deux impressions perçues, une notable différence qui peut aller jusqu'à l'insensibilité absolue du côté malade.

Voici le résumé succinct de la première de ces trois observations, qui est d'ailleurs de beaucoup la plus complète.

Il s'agit d'un homme de 63 ans, fort et vigoureux, jouis

Digitized by Google

sant d'une assez bonne santé, ayant eu à plusieurs reprises des douleurs rhumatoïdes on goutteuses et il y a dix ans une urticaire. Le 2 janvier, il fut pris de douleurs légères du front et dans la moitié latérale gauche de la tête. Ces douleurs étaient accompagnées de vives démangeaisons et de fourmillements dans le côté gauche du front. Cet état persista quelques jours.

Le 8 janvier, le docteur Sichel constata les phénomènes suivants.

A la région frontale du côté gauche, éruption bulleuse, semi-confluente, disposée par plaques réunies sur trois lignes partant toutes trois de l'extrémité interne du sourcil. L'une se porte vers le cuir chevelu, la seconde vers la partie moyenne de la région frontale, et enfin la troisième suit exactement le rebord orbitaire supérieur. Sur les deux premières lignes, l'éruption herpétique est disposée par petits groupes de trois et même quatre bulles, sur la dernière les bulles sont isolées, et espacées régulièrement à 1 centimètre l'une de l'autre.

Les paupières de l'œil gauche sont fortement œdématiées, l'œil lui-même n'est le siége d'aucune lésion. On n'y remarque qu'une large tache pigmentaire de la moitié externe de l'iris. — Rien d'anormal sur le côté droit du front.

L'exploration symétrique des deux régions frontales à l'aide des pointes d'un compas, montre la sensibilité de la peau, entre les lignes d'herpès, notablement émoussée, mais non abolie.

Les symptômes généraux sont : une soif vive, de l'inappétence, de l'insomnie, un état saburral léger ; le pouls est à 88. Un purgatif salin, quelques préparations opiacées suffirent pour les faire disparaître. Quant à l'éruption, on se borna à des lotions émollientes, à l'emploi de la poudre d'amidon et à des badigeonnages avec la glycerine.

Digitized by Google

Le 19 janvier, l'œdème des paupières avait totalement disparu, l'éruption était en sensible décroissance et l'état général satisfaisant. Un mois plus tard la sensibilité de toute la peau était redevenue absolument normale et la santé générale parfaite.

Chez les deux autres malades il y eut une légère affection oculaire qui complique si souvent, comme on le sait, le zona frontal. Mais chez aucun des individus qui font le sujet de ces trois observations il ne se manifesta ces douleurs névralgiques intolérables qui résistent parfois à tous les moyens thérapeutiques, et contre lesquelles M. Bowman a recommandé la section des nerfs. Ce dernier auteur l'a employée déjà deux fois avec succès.

DES CORPUSCULES DE LOSTORFER, PAR LE PROFESSEUR BESIADECKI.

1° Les corpuscules de Lostorfer apparaissent dans le sang des malades syphilitiques du 4e au 5e jour, et tout d'abord dans les parties non coagulables du serum légèrement trouble des cellules du sang, sous forme de petits noyaux clairs, extrêmement ténus, auxquels est attaché en règle générale un filament court et fin. Les jours suivants (entre le 5e et le 10e), ces petits noyaux augmentent de nombre et de grosseur, et quelques-uns d'entre eux seulement atteignent le volume des leucocytes du sang ; ils sont tantôt arrondis, tantôt, ce qui est le plus fréquent, irréguliers, brillants d'un vif éclat, simplement contournés et ressemblent encore très-exactement au protoplasma des leucocytes frais. Ces mêmes éléments restent aussi décolorés, alors même que le serum du sang s'est coloré avec la matière colorante du sang, et finalement apparaissent

Digitized by Google

entre les cellules du sang. Il se produit rarement dans leur intérieur de petites cavités, à bords nettement délimités, comme des vacuoles.

2° Je les trouvai sous cette forme et en très-grand nombre chez un malade qui depuis cinq semaines présentait une induration du prépuce grosse comme une amande, et qui n'avait été soumis à aucun traitement interne, mais seulement pansé avec du sulfate de cuivre ; en outre chez un malade affecté de corona syphilitica, qui avait subi une cure par les frictions (20 frictions avec de l'onguent gris), et enfin chez une malade âgée de seize ans qui présentait des symptômes de syphilis congénitale, c'est-à-dire : défectuosité du voile du palais et des piliers, gommes ramollies des jambes et exostoses du tibia.

3° Les corpuscules de Lostorfer n'apparaissent pas en quantité égale dans toutes les préparations faites dans un seul examen du sang et conservées de la même manière dans une seule et même chambre humide. Ils ne se développent même pas si la goutte de sang a été trop fortement pressée et si, immédiatement après, le serum s'est imbibé de la matière colorante du sang, et ils ne se forment pas non plus si, dans la préparation, il s'est produit des cristaux d'hémo-globuline.

4° En dehors des corpuscules de Lostorfer, des vibrions surviennent, tantôt plus tôt, tantôt plus tard, en quantité variable.

5° Dans le sang des individus non syphilitiques, les corpuscules de Lostorfer naissent également, en règle générale, du 7e au 8e jour, mais en petit nombre. Ainsi je les vis dans le sang de malades qui étaient affectés de lésions organiques du cœur, de rhumatisme, de maladie d'Addison, d'arthritis, d'ictère, de pneumonie, de tuberculose, de variole, d'état puerpéral, de

Digitized by Google

septicémie. Ils ne se développent quelquefois pas du tout dans les mêmes conditions que dans le sang des syphilitiques. Dans trois préparations il se forma de la sarcine sous la forme connue, et seulement dans les parties périphériques, provenant sans doute de l'extérieur.

6° Dans beaucoup de préparations il se produisait de nombreux cristaux d'hémo-globuline. Ils se présentent sous forme de rhomboédres, le plus souvent obliques, dont fréquemment les faces les plus longues sont très-rapprochées, et qui alors, observées avec un faible grossissement, ressemblent à des aiguilles fines. Beaucoup forment aussi de grandes taches rhomboïdales. Ils apparaissent également dans le sang des syphilitiques et des non syphilitiques, tantôt sur les parties limitrophes de la préparation, tantôt disséminés en quantité innombrable dans toute son étendue ; ils se manifestent quelquefois au bout de vingt-quatre heures (aussi intraglobulaire), tantôt en quelques jours aussi dans les préparations qui ont été conservées dans une chambre humide à une température de 14 à 18° centigrades ; un grand nombre se décomposent de nouveau au bout de quelque temps.

7° De la formation et de l'aspect des corpuscules de Lostorfer on pouvait induire que ces corpuscules ne sont pas de petites gouttes graisseuses, mais plutôt des parties constituantes, dissoutes dans le sang. Mon collègue, le professeur Stopczanski, les considérait, par suite de l'examen que nous avons fait ensemble, comme de petits noyaux de para-globuline, parce qu'ils ressemblent (*a*) à un précipité de para-globuline du serum du sang par co^2 sous le microscope, (*b*) parce qu'ils diminuent d'une manière importante après avoir passé par *o* ; beaucoup se décomposent (*c*), dissociation qui a lieu aussi dans une solution faible de sel de cuisine (1 partie de sel de

Digitized by Google

cuisine concentré sur deux parties d'eau). Les vibrions existants ne se décomposent naturellement pas.

8° De nouvelles recherches démontreront sans doute pourquoi la para-globuline apparaît plus abondante ou offre un aspect plus léger dans le sang syphilitique. (*Wiener, medizinische Wochenschrift*, n° 8. — 1872.)

DIAGNOSTIC GÉNÉRAL DU CHANCRE SYPHILITIQUE PAR LE DOCTEUR A. FOURNIER.

Les données suivantes, qui résument un récent travail de M. Fournier, apportent à ce diagnostic plusieurs éléments que tout pathologiste, jaloux de se tenir au courant de la science et de tenir la science au niveau des exigences hygiéniques et sociales que soulève ce sujet, devra désormais prendre en sérieuse considération.

Ce diagnostic est un problème tantôt facile, tantôt difficile à résoudre, suivant les cas ; mais c'est toujours un problème, car de sa solution dérivent un pronostic des plus sérieux ainsi que des indications thérapeutiques et conclusions médico-légales des plus importantes.

Le diagnostic du *chancre naissant*, du chancre observé à sa période embryonnaire, est impossible. Ce n'est à ce moment qu'une érosion ressemblant à toutes les érosions possibles ; il n'offre à cette époque pas un seul trait qui puisse sûrement le différencier d'une égratignure, d'un léger traumatisme sous la *forme érosive* ou exulcéreuse ; le chancre risque surtout d'être confondu soit avec une *érosion* simple, traumatique, inflammatoire ou autre, soit avec un *herpès*.

Pour différencier le chancre des érosions, il existe deux signes seulement, mais ils sont démonstratifs : l'*induration* et l'*adénopathie*. Tous les autres éléments diagnostiques n'ont rien de constant, rien de fixe.

Digitized by Google

1° Si l'on a affaire à un chancre, on trouvera presque toujours sous sa base une certaine rénitence, une certaine dureté. Faible, elle constitue un indice ; bien caractérisée, elle autorise à soupçonner un chancre.

2° L'absence de tout engorgement ganglionnaire, à une époque où la lésion est déjà bien déclarée, permet de rejeter hardiment l'idée d'un chancre. Il en serait tout autrement en présence d'une *pléiade ganglionnaire;* car le chancre seul peut provoquer un retentissement de cet ordre sur les ganglions.

Toutefois si la lésion que l'on a à examiner a été déjà traitée, cautérisée, le médecin ne devra tenir aucun compte, pour le diagnostic, de l'induration sous-chrancreuse; les érosions les plus vulgaires s'indurent parfois, en effet, d'une façon surprenante, et s'indurent au point de simuler les indurations syphilitiques les plus accentuées, et de tromper, sous ce rapport, les médecins les plus experts.

L'herpès susceptible d'être confondu avec le chancre, ce n'est ni l'herpès vésiculeux, ni l'herpès à érosions miliaires, consécutives à la rupture de vésicules isolées; c'est l'herpès *confluent*, l'herpès *creux*, l'herpès *à longue durée*, l'herpès *solitaire*, l'herpès *chancriforme.*

Trois signes presque constants peuvent servir de base au diagnostic différentiel du chancre et de l'herpès : 1° l'état des *ganglions ;* l'*induration ;* 3° le *tracé circonférentiel* de la lésion.

1° État des *ganglions*. Avec le chancre, adénopathie constante, indolente, dure, persistante (pléiade). Avec l'herpès, pas de retentissement ganglionnaire, ou tout au plus, légère tension sub-inflammatoire des ganglions.

2° *Induration.* Chancre : induration constante ou presque constante, à des degrés divers. Avec l'herpès, base souple non indurée.

Digitized by Google

3° *Tracé circonférentiel de la lésion.* — Le contour du chancre est représenté soit par un cercle d'un certain diamètre, soit par un ovale plus ou moins régulier, soit par une forme quelconque non géométrique, irrégulière. Dans l'herpès, on constate autour de l'érosion la présence de *petits segments de circonférence* très-régulièrement dessinés.

Ce dernier caractère est pathognomonique de l'herpès ; il tient à ce que la plaie totale de l'herpès résulte de la fusion de plusieurs petites plaies absolument circulaires. On ne rencontre pas ce caractère dans le chancre, qui se développe isolément et non en groupe.

Mais l'évolution ultérieure de la lésion sera toujours ici le critérium par excellence. S'il s'agit d'un herpès, la lésion ne tardera pas à se réparer, à se cicatriser d'une façon hâtive. S'il s'agit d'un chancre, la durée sera plus longue, au moins dans la généralité des cas ; il revêtira des caractères de plus en plus tranchés et son adénopathie s'établira d'une manière non équivoque. Enfin toute incertitude, s'il pouvait en subsister quelqu'une, sera levée quelques semaines plus tard par l'apparition des accidents généraux.

Une dernière cause d'erreur à éviter (et qui n'a été signalée nulle part) c'est la *coexistence possible des deux lésions*, de l'herpès et du chancre, sur le même sujet, au même siége, dans le même temps. Cette coexistence est fréquente surtout chez la femme, et nombre de fois j'ai eu l'occasion d'observer des chancres syphiliques au pourtour desquels rayonnait une poussée d'herpès, ou bien des herpès disséminés, confluents, au milieu desquels, sur un point quelconque, on distinguait un véritable chancre.

Digitized by Google

Diagnostic différentiel du chancre syphilitique et de l'herpès.

	HERPÈS.	CHANCRE.
Trois signes différentiels presque constants.	1° Pas de retentissement ganglionnaire;	1° Adénopathie constante (indolente, dure, persistante, généralement polyganglionnaire);
	2° Base souple, sans induration;	2° Base indurée;
	3° Contour de l'érosion constitué par des *segments réguliers de petites circonférences.*	3° Contour ne présentant jamais les segments réguliers de petites circonférences propres à l'herpès.
Évolution.	1° Limitation rapide;	1° Limitation moins rapide;
	2° Cicatrisation hâtive.	2° Cicatrisation plus lente en général.
Signes non constants de valeur moindre.	1° Lésion prurigineuse (ardeur, feu local au début);	1° Lésion absolument indolente, *aprurigineuse;*
	2° Erosions habituellement multiples;	2° Lésion souvent unique, ou multiple, à un degré moindre que l'herpès;
	3° Erosions d'étendue minime, souvent miliaires;	3° Lésion en général plus étendue que l'herpès;
	4° Erosions généralement plus superficielles que le chancre.	4° Lésion en général moins superficielle que l'herpès.

Cause d'erreur à éviter : *Coïncidence possible de l'herpès et du chancre.*

Digitized by Google

La *vulvite érosive* est quelquefois aussi confondue avec le chancre. La vulvite érosive, plus fréquente dans l'enfance qu'à tout autre âge, se distingue en général assez facilement du chancre par les caractères suivants : érosions le plus souvent à la fois multiples et superficielles; rougeur générale des parties ; tuméfaction œdémateuse des lèvres; suppuration abondante, d'aspect blennorrhagique ; endolorissement de la région, etc. Quelquefois, cependant, les lésions que déterminent cette vulvite peuvent en imposer pour le chancre au point qu'un œil exercé peut s'y tromper, au moins les premiers jours.

L'auteur cite, à ce propos, un fait qui prouve avec quelle réserve le médecin appelé en justice doit formuler un diagnostic lorsqu'il n'a, pour légitimer son jugement, qu'une lésion, et qui montre à quel point des ulcérations simplement inflammatoires peuvent accidentellement revêtir la physionomie du chancre.

Dans sa forme *exulcéreuse* ou *ulcéreuse*, c'est surtout du chancre simple qu'il importe de distinguer le chancre syphilitique. Ce diagnostic différentiel est de la plus haute importance.

Suivant notre savant confrère, les éléments *cliniques* de ce diagnostic sont les suivants :

Chancre simple. — En général multiple, souvent même confluent, notamment chez la femme, où il est très-rare de ne rencontrer qu'*un* chancre simple. Ulcère vrai, creux, excavé ; bords taillés à pic, abrupts, aigus, découpés « en falaise » et souvent décollés. Fond inégal, vermoulu, déchiqueté, anfractueux. Coloration jaunâtre, d'un ton clair, vif, animé. Sécrétion abondante de pus véritable. Base souple et molle, ne présentant qu'une rénitence inflammatoire diffuse, une dureté pâteuse, œdémateuse, rappelant celle de la base d'un furoncle. Pas de retentissement ganglion-

Digitized by Google

naire ou bien bubon aigu, inflammatoire, le plus souvent suppurant et se convertissant alors, après ouverture, en un véritable chancre ganglionnaire (Ricord); pus inoculable au porteur.

Chancre syphilitique. — Souvent unique, rarement multiple, jamais confluent. Érosion plus souvent qu'ulcération; moins creux ordinairement que le chancre simple. Il n'a pas de bords; contour adhérent, souvent élevé en couronne et formant un bourrelet circulaire. Fond lisse, parfois comme verni, luisant, irisé. Coloration grisâtre ou d'un brun rouge (analogue à la teinte de la *chair musculaire*). Sécrétion minime, séro-sanieuse plutôt que purulente. Base indurée à des degrés divers : induration en profondeur ou induration noueuse, à noyau, à calus sous-chancreux; induration en surface ou lamelleuse, parcheminée ou papyracée ; induration limitée à la base du chancre, cessant brusquement, sensation *sui generis*, rappelant la dureté sèche du carton, du cartilage, très-différente de la dureté pâteuse de l'inflammation ou de l'engorgement œdémateux (Ricord). Adénopathie *constante*, nécessaire, « fatale, » indolente, aphlegmasique, dure et généralement polyganglionnaire (*pléiade*). Pus non inoculable au malade.

Digitized by Google

Diagnostic différentiel du chancre syphilitique et du chancre simple.

	CHANCRE SIMPLE	CHANCRE SYPHILITIQUE
I Nombre des lésions.	Presque toujours multiple, souvent même confluent;	Souvent unique, rarement multiple, jamais confluent.
II Physionomie des ulcères.	1° Ulcère vrai, creux, excavé;	1° Lésion habituellement plate, souvent élevée et papuleuse, rarement ulcéreuse;
	2° Bords à pic, abrupts, décollés;	2° Pas de bords : contour adhérent, souvent élevé en couronne;
	3° Fond inégal, anfractueux, vermoulu;	3° Fond lisse, verni, luisant, irisé;
	4° Teinte jaunâtre, d'un ton clair, animé;	4° Teinte grise ou rouge (chair musculaire), d'un ton sombre, foncé;
	5° Sécrétion abondante de pus véritable.	5° Sécrétion minime, sérosanieuse plutôt que purulente.
III État de la base.	Base molle, ou ne présentant qu'une rénitence inflammatoire diffuse.	Base indurée à des degrés divers.
IV Ganglions.	Pas de bubon, ou bubon inflammatoire (simple ou chancreux).	Bubon constant (indolent, non inflammatoire, le plus souvent polyganglionnaire).
V Critérium expérimental.	Pus inoculable au malade.	Pus non inoculable au malade.

Digitized by Google

Enfin, l'*évolution ultérieure* est, pour les cas douteux, le seul élément qui apporte la lumière. Le médecin expert, qui aurait l'audace de diagnostiquer le chancre par le chancre seul, sans attendre de l'évolution ultérieure prochaine la consécration de son jugement, ce médecin commettrait une imprudence des plus blâmables, ferait preuve d'une témérité qui ne pourrait avoir pour excuse qu'une ignorance inconsciente des maladies syphilitiques.

Enfin, cette notion de l'évolution ultérieure sera, *pour certains diagnostics spéciaux*, le contrôle indispensable, obligatoire, du jugement porté sur la nature de l'accident primitif.

En présence des erreurs et des confusions regrettables déjà consignées dans les annales de la science, et qui souvent ont été le fait de cliniciens instruits, habiles, attentifs, et de maîtres consommés dans ce genre de diagnostic, le savant médecin de l'hôpital Lourcine a émis avec raison les conclusions suivantes :

1° Le diagnostic du chancre par le chancre seul, chez la femme spécialement, expose, même entre les mains des maîtres de l'art, à trop de surprises, à trop d'errements, pour être formulé sans réserve, sans appel ;

2° Le diagnostic absolu du chancre (et tel doit être le diagnostic *médico-légal* de cette lésion), ne peut et ne doit être établi que sur les deux bases suivantes : le *chancre* d'une part ; — et d'autre part l'*évolution ultérieure*, c'est-à-dire les accidents généraux qui succèdent au chancre à courte échéance.

Nous pensons toutefois que le consciencieux auteur s'est un peu hâté de conclure du cas qu'il a cité à la temporisation érigée en règle générale de diagnostic ; et les réminiscences de sa pratique, aussi heureuse que sagace, plaideraient sans doute plus avantageusement que nous ne

Digitized by Google

pouvons le faire contre les motifs qui lui dictent cette trop modeste réserve. (*Union médicale*, *n*os 57, 58, 59, 63. — 1871.)

PSORIASIS GUÉRI PAR LE COURANT GALVANIQUE, PAR LE DOCTEUR PIFFARD.

Il s'agit d'une Irlandaise âgée de 40 ans et affectée de psoriasis depuis sept ans. Les plaques se trouvaient sur les coudes, les tibias, la région dorsale et au-dessous des seins ; leur diamètre variait de 1 à 3 pouces. La santé générale était bonne, mais la malade souffrait parfois d'irritation ovarienne. Après avoir essayé, sans succès, l'acide phénique (à l'intérieur) et l'arsenic, le docteur Piffard se décida à employer le galvanisme. Le pôle positif de la batterie fut appliqué sur la nuque, et le pôle négatif avec une éponge électrode fut passé sur la surface des plaques malades. La force du courant fut réglée d'après les sensations éprouvées par la malade, son intensité étant aussi grande que possible, sans jamais cependant arriver au point d'être désagréable. La durée de l'application, pour chaque plaque, variait entre une à trois minutes. Sans entrer dans l'exposé complet de ce fait, qui est extrêmement intéressant, il suffit de dire qu'il se produisit une amélioration progressive, sensible surtout dans les plaques qui avaient été le plus fréquemment soumises aux applications électriques, et que, au bout d'une semaine, le psoriasis avait entièrement disparu. Durant tout le cours du traitement galvanique, la malade n'avait fait usage d'aucun médicament interne ou externe, à l'exception d'un peu de rhubarbe et de soude qu'elle avait pris dans la première semaine. A son dispensaire, le docteur Piffard a

Digitized by Google

employé le courant continu, dans plusieurs cas d'eczéma, de pityriasis du cuir chevelu, dans la sclérodermie, la séborrhée et dans un cas d'hypertrophie du nez, tenant à une augmentation considérable des follicules sébacés, avec infiltration des tissus inter-folliculaires, et enfin, dans un sycosis non parasitaire. L'auteur termine en disant que les résultats obtenus par cette méthode, quoique n'ayant pas tous donné les mêmes succès, sont cependant tels, qu'ils autorisent à faire de nouvelles tentatives sur l'action de ce mode de traitement contre les états morbides de la peau. (*The Doctor*, août 1871.)

Digitized by Google

CONGRÈS MÉDICAL DE LYON

Nous publierons dans notre prochain numéro le texte des autres questions du programme de ce congrès, qui s'ouvrira le 18 septembre prochain. Mais nous n'avons pas, malgré le défaut d'espace, voulu ajourner la mention de cette question si spécialement et si puissamment attrayante pour nos lecteurs. Ils verront — et sans étonnement, nous pouvons le dire — avec quelle notion des vraies difficultés, avec quel sentiment des exigences pratiques la question a été posée; et nous ne doutons pas qu'ils n'apportent à la solution désirée le concours important de leurs lumières. Nous croyons, dès à présent, pouvoir leur promettre que l'exemple, qu'un illustre exemple ne leur manquera pas. Et nous aurons tout dit, nous aurons même révélé un secret confié à notre discrétion, si nous ajoutons que cet exemple donné sera en même temps pour tous le plus éclatant des modèles, et le plus instructif des plaisirs.

VIe Question. — *Du traitement de la syphilis.*

Le pouvoir du mercure contre la syphilis est incontestable. Mais on a avancé qu'il n'est pas opportun de le donner indistinctement chez tous les syphilitiques et à toutes les périodes de la syphilis. Existe-t-il réellement des cas de syphilis où non-seulement on puisse obtenir la guéri-

Digitized by Google

son sans mercure, mais encore où il soit préférable de s'abstenir de ce remède ? D'autre part, le mercure doit-il être administré dès le début de l'accident primitif ? ou fait-on mieux, au contraire, de n'en commencer l'emploi que que lorsque les accidents généraux de la syphilis apparaissent ?

Peut-on espérer la guérison radicale par un seul traitement mercuriel, et y a-t-il lieu de l'instituer en vue de ce résultat ? ou ne faut-il demander au mercure que la disparition de chacune des poussées successives dont se compose l'évolution totale de la maladie ? Dans le premier cas, quelle doit être la durée totale d'un traitement réputé curatif ? Dans le second, tous les accidents, quels qu'ils soient, qu'ils apparaissent isolés ou réunis, indiquent-ils obligatoirement, dès qu'ils se manifestent, la reprise du traitement mercuriel ?

Quelle part doit être faite aux agents du traitement local contre certaines formes ou certaines récidives ?

Le traitement par l'absorption cutanée ou sous-cutanée (méthode de Lewin) mérite-t-il, soit d'une manière générale, soit dans quelques cas à spécifier, d'être préféré au traitement usuel par l'absorption à la surface des organes digestifs ?

Quelle est la valeur, quelles sont les indications comparatives des mercuriaux et des préparations d'iode ?

Établir par des faits précis quel genre de secours le médecin peut espérer de l'emploi des eaux minérales, et notamment des eaux sulfureuses, dans le traitement de telles ou telles formes de syphilis.

Clichy. — Imprimerie Paul Dupont et Cie, rue du Bac-d'Asnières, 12.

Digitized by Google

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

I

ES RAPPORTS PATHOGÉNIQUES DE L'ÉRYTHÈME NOUEUX AVEC LE RHUMATISME.

Par le docteur SIREDEY, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Si nos dermatologistes les plus autorisés sont d'accord pour reconnaître que certaines affections cutanées doivent être considérées comme les manifestations des diathèses, dartreuse, syphilitique et scrofuleuse, il n'en est pas de même d'une quatrième classe que M. Bazin a établie : je veux parler des *arthritides*, c'est-à-dire des éruptions déterminées par la goutte ou le rhumatisme. — Nous ne voulons pas, quant à présent, entrer au fond du débat relatif à ce point de doctrine médicale ; nous avons encore moins l'intention de juger la question. Pourtant, qu'il nous soit permis de penser que si les maladies de peau, que M. Bazin propose de ranger sous l'expression générique *d'arthritides*, présentaient avec le rhumatisme une connexion en apparence au moins aussi étroite et aussi intime que l'éry-

Digitized by Google

thème noueux, la quatrième classe des maladies cutanées de cet auteur serait établie sur des bases aussi solides que les scrofulides, les dartres et les syphilides.

Un grand nombre de médecins reconnaissent à l'érythème une origine rhumatismale. — Rayer admet une fièvre rhumatismale dont la manifestation cutanée est l'érythème noueux ou papuleux.

Ferrand, dans sa thèse inaugurale (1861), accorde à ces mêmes éruptions le caractère rhumatismal. — Cependant Trousseau (*Clinique médicale*), tout en insistant sur la fréquence et l'intensité des douleurs articulaires pendant l'évolution de l'érythème noueux, ne pense pas que cette éruption soit nécessairement de nature rhumatismale. Enfin M. le professeur Hardy, dans sa réfutation de la doctrine de M. Bazin, reconnaît aussi qu'il existe des sujets sur lesquels on observe des affections de la peau, en même temps qu'ils présentent des douleurs articulaires manifestes. — Mais de ce que ces mêmes sujets ont présenté à des époques antérieures ou postérieures à l'éruption des symptômes de rhumatisme, il ne s'en suit pas, pour l'éminent professeur, qu'il y ait entre l'éruption et le rhumatisme une relation nécessaire de cause à effet. Bien mieux, à l'érythème noueux et à l'érythème papuleux, même accompagnés de douleurs articulaires qu'il appelle *rhumatoïdes*, il se refuse à reconnaître comme cause le vrai rhumatisme.

Comme on le voit, la question est à l'étude et attend pour être jugée de nouvelles observations. C'est à ce titre que les deux faits suivants nous paraissent avoir de l'intérêt :

C... Léon, âgé de 5 ans, est d'une constitution délicate et d'un tempérament lymphatique. Son grand-père paternel, âgé de 70 ans, a été atteint plusieurs fois de douleurs dans les jointures, et il vient d'être opéré avec succès d'un calcul vésical, formé en majeure partie d'acide urique. Son père est dyspeptique et très-sujet à la migraine; il n'a

Digitized by Google

jamais eu d'attaques de rhumatisme. Sa mère, d'une faible constitution, est également dyspeptique, atteinte d'angine pharyngée chronique, et présente au sommet du poumon droit, depuis quatre ans environ, des signes non équivoques de tubercules pulmonaires, mais qui, d'ailleurs, n'ont pas sensiblement progressé depuis cette époque.

Cet enfant, qui était à sa naissance extrêmement faible, a été élevé au sein pendant 20 mois environ. Malgré sa constitution débile, la dentition s'est affectuée sans accidents.

Il a été pris d'une rougeole grave en 1869 : le catarrhe bronchique a été très-intense, et s'est terminé favorablement. — En 1870, le 19 février, il fut pris d'une pneumonie du sommet gauche ; à partir du 1er mars, il était en pleine convalescence.

Le 14 août 1871, je suis appelé pour une fièvre vive et des douleurs dans tous les membres qui arrachent des cris. Je trouve le pouls à 140, la peau très-chaude, moite sur le tronc, et la tête baignée de sueurs. Il existe en outre une éruption constituée par des papules rosées, d'un diamètre variant de celui d'une lentille à celui d'une pièce de 50 centimes. Cette éruption occupe la face antérieure de l'abdomen, des cuisses et des jambes et la face postérieure des avant-bras. Les papules sont plus nombreuses et plus confluentes au niveau du bord antérieur du tibia que sur les autres points du corps. Elles sont légèrement saillantes.

L'enfant accuse des douleurs dans tous les membres. Il se tient immobile dans le décubitus dorsal, il se met à pleurer dès qu'on veut, même avec les plus grandes précautions, imprimer à ses membres le moindre mouvement. Il n'existe cependant ni rougeur, ni tuméfaction des jointures.

Digitized by Google

La langue est très-chargée, la soif vive, l'appétit nul. Constipation.

Rien d'anormal à la gorge, aux poumons, ni au cœur. Céphalalgie sus-orbitaire ; grande agitation la nuit précédente ; sommeil fréquemment interrompu ; un peu de délire même.

Traitement : sirop d'ipéca. 30 gr.
poudre d'ipéca. 0,75.
Liniment avec { baume tranquille. 30 gr.
chloroforme..... 10 gr.

Pour onctions sur les membres. Ouate. Limonade.

15 août. Vomissements abondants et plusieurs garde-robes. Nuit plus calme. Pouls à 120. Peau sudorale. Persistance des douleurs. Les papules sont plus saillantes, forment des nodosités manifestes au pourtour des genoux et des coudes, aux faces antérieure de la jambe et postérieure de l'avant-bras ; leur coloration est foncée, violette. Elles sont très-douloureuses au toucher, en un mot elles présentent tous les caractères de l'*Érythème noueux*. Sur le ventre au contraire, sur les flancs et à la partie antérieure des cuisses, l'éruption a conservé les caractères de l'érythème papuleux. Pas de douleurs des jointures. Fomentations calmantes. Limonade, bouillons et potages.

19 août. Persistance de l'état fébrile. Sueurs profuses. Les papules ont pâli en certains points ; elles présentent une coloration jaunâtre, comme une ecchymose en voie de résolution. Ailleurs, au contraire, on constate de nouvelles nodosités de récente formation avec coloration d'un rouge brun violacé. Les douleurs sont toujours très-vives. Tout mouvement volontaire est impossible, et nous constatons un gonflement avec coloration rosée au niveau des deux articulations tibio-tarsiennes. Les autres jointures sont sensibles, mais ne présentent pas de tuméfaction.

Digitized by Google

Persistance des symptômes gastro-intestinaux déjà signalés. Rien d'anormal au cœur. Agitation la nuit. Sommeil fréquemment interrompu par la douleur. Urines rares fortement sédimenteuses.

Sulfate de quinine 0 gr. 60 en trois doses.

Baume tranquille et chloroforme.

22 août. Le sulfate de quinine a été continué chaque jour à la même dose. Le pouls est à 108-110, la peau toujours sudorale. L'éruption pâlit partout; nulle part de nouvelles papules.

Les douleurs sont moins vives. L'enfant n'ose remuer, mais il est possible d'imprimer des mouvements sans déterminer des cris. La fluxion de l'articulation tibio-tarsienne droite a disparu, et il ne reste plus à l'articulation correspondante du côté gauche que de l'empâtement sans rougeur.

Rien d'anormal au cœur. Un peu moins d'inappétence. Bouillons, potages, un œuf frais, eau rougie. Sulfate de quinine 0 gr. 40 en deux doses.

Continuer les fomentations calmantes.

25 août. Amélioration considérable. Pouls à 96. L'éruption n'a laissé d'autres traces qu'une coloration jaune pâle. Douleurs nulles. L'articulation tibio-tarsienne gauche a repris sa forme et son volume ordinaires.

L'enfant commence à faire quelques mouvements dans son lit.

Suppression du sulfate de quinine.

Frictions avec baume opodeldoch.

L'amélioration continue de jour en jour. Les forces reviennent avec l'appétit, et le 26 août je cesse de voir l'enfant qui est en pleine convalescence.

Observation recueillie par M. Hybre, interne des hôpitaux. — G... Léonarde, âgée de 38 ans, entre

Digitized by Google

l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Geneviève, n° 2, le 4 octobre 1871.

Cette femme, d'une bonne constitution et d'un tempérament lymphatique, a déjà été malade plusieurs fois. Ainsi, il y a une quinzaine d'années, elle a eu la fièvre typhoïde; en 1859, une hydarthrose du genou droit, et, l'année dernière, une pneumonie qui la tint vingt jours au lit.

5 octobre 1871. Peau chaude et moite, fièvre modérée. Embarras gastrique léger, caractérisé par une langue large, recouverte d'un enduit saburral assez épais.

La malade accuse des douleurs dans les membres et à l'aine gauche.

Or, nous constatons au-dessous du ligament de Fallope, du côté gauche, une adénite polyganglionnaire sub-aiguë, et sur les membres une éruption confluente d'érythème noueux. Cette éruption est surtout prononcée aux membres inférieurs et particulièrement aux jambes, au niveau du bord antérieur du tibia, et autour du genou. Elle est caractérisée par des plaques d'une étendue variant de cinq à vingt millimètres, d'une coloration rouge, violacée, livide, formant relief, extrêmement douloureuses au toucher et paraissant constituées par un noyau induré, développé dans l'épaisseur même de la peau. Une éruption analogue, mais moins confluente, se remarque aussi aux membres supérieurs; toutefois elle n'existe qu'à la face postérieure des avant-bras et au voisinage de l'articulation du coude. En outre, les plaques et les noyaux d'induration sont moins étendus, mais tout aussi douloureux qu'aux membres inférieurs.

Les articulations sont indolentes : elles ne sont ni rouges, ni tuméfiées, et nous ne constatons aucun signe d'épanchement. Mais on détermine des craquements dans les

Digitized by Google

mouvements alternatifs de flexion et d'extension du genou droit.

Rien d'anormal au cœur, si ce n'est un bruit de souffle doux à la base, se prolongeant sur le trajet des vaisseaux du cou.

La malade accuse de la douleur après la miction; or, nous trouvons en dehors du méat, dans l'espace compris entre le méat et la petite lèvre gauche, une ulcération circulaire, peu profonde, régulière, à bords peu élevés, du diamètre d'une grosse lentille, et reposant sur une base manifestement indurée. En outre, le méat est rouge; cependant aucun écoulement ne se manifeste, même après la pression de l'urètre, exercée d'arrière en avant. Mais cette manœuvre exploratrice fait constater un épaississement considérable des parois de l'urètre, qui forme à la partie supérieure du vagin un relief cylindrique très-dur.

Ipéca stibié. — Tisane de feuilles de frêne. — Fomentations sur les points envahis par l'érythème, avec un liniment composé de deux tiers de baume tranquille et d'un tiers de chloroforme. — Ouate.

Lotions vulvaires et pansement avec charpie, imbibée de vin aromatique.

6 octobre. Persistance des douleurs dans les membres. Non-seulement elles sont réveillées par la pression, mais elles ont empêché le sommeil dans la nuit.

Poudre de Dower 0 gr. 20 chaque soir. — Même tisane, même liniment, etc...

Après quelques jours les douleurs s'amendent; les plaques et les nodosités de l'érythème s'effacent, leur couleur diminue d'intensité, devient plus pâle, puis jaune verdâtre; elles finissent par disparaître et ne laissent plus à leur place qu'une surface analogue à celle d'une ecchymose en voie de résolution.

Digitized by Google

Sous l'influence des sueurs déterminées par la poudre de Dower, il se développe sur la partie moyenne de la poitrine, à l'épigastre et sur les flancs, une éruption vésiculeuse qui disparaît spontanément quelques jours après la cessation du médicament.

Cependant, malgré le séjour au lit, l'adénite devient plus douloureuse; deux ganglions accolés et soudés l'un à l'autre par l'inflammation du tissu cellulaire péri ganglionnaire sont plus rouges, plus volumineux, et forment un léger relief. — La fluctuation, quoique très-limitée, nous paraît évidente en deux points différents. — Une ponction simple avec la lancette est faite à quelques jours d'intervalle, au niveau de chacun d'eux, et par chaque ouverture s'écoule quelques gouttes d'un pus phlegmoneux d'abord, et qui devient moins épais et séreux les jours suivants.

11 novembre. Nous constatons la cicatrisation complète du chancre; mais il reste encore à sa place une coloration rouge avec induration indolente manifeste, et le méat, qui proémine, est toujours induré, ainsi que les parois de l'urètre.

Il n'existe cependant aucune affection spécifique secondaire à la vulve, et le tégument cutané, examiné avec le plus grand soin à différentes reprises, ne présente aucune éruption, par conséquent aucun signe d'infection syphilitique. Seul le cuir chevelu offre au niveau de l'occiput quelques croûtes d'impetigo déterminées par la présence de *pediculi* nombreux.

14 novembre. Depuis cinq jours, douleur vive dans l'articulation tibio-tarsienne droite. Aujourd'hui l'articulation correspondante du côté gauche est également envahie, ainsi que les poignets. On constate de la rougeur et une tuméfaction manifeste, surtout aux cous-de-pied.

Digitized by Google

Les mouvements des doigts et des orteils sont libres ; mais les épaules et les genoux sont endoloris.

Léger mouvement fébrile avec anorexie. — Sulfate de quinine 0 gr. 75. — Ouate et fomentations calmantes sur les articulations douloureuses.

22 novembre. Les douleurs ont à peu près disparu. Il n'existe plus ni rougeur ni tuméfaction au niveau des articulations tibio-tarsiennes. Cependant la peau reste chaude et la malade accuse un malaise général.

25 novembre. Depuis hier la fièvre est plus vive; la peau est chaude et moite. La malade accuse une douleur à la région du cœur, et se plaint d'une gêne pour respirer. La palpation et la percussion ne fournissent aucun renseignement. Mais on entend un bruit de souffle rude et râpeux au premier temps, avec maximum à la pointe du cœur.

8 granules de vératrine. — 6 ventouses scarifiées à la région précordiale.

26 novembre. Persistance de la fièvre et du bruit de souffle, qui a plutôt augmenté que diminué d'intensité.

10 granules de vératrine. — Un vésicatoire volant au niveau du cœur.

30 novembre. Nouvelle poussée d'érythème noueux aux membres inférieurs, surtout prononcée autour des genoux et extrêmement douloureuse la nuit. Le bruit de souffle au premier temps est un peu moins rude et moins râpeux : le second bruit semble dédoublé. Peau chaude; pouls à 88. Quelques nausées et vomituritions.

8 granules de vératrine seulement.

2 décembre. Fièvre moindre ; 80 pulsations. Les dou-

Digitized by Google

leurs semblent quitter les membres inférieurs pour occuper le bras droit. — Le bruit de souffle au premier temps est très-affaibli, et le dédoublement que l'on avait constaté au deuxième temps ne se retrouve plus. — Même traitement.

3 décembre. Nausées et vomissements abondants ; grande faiblesse. — Suppression de la vératrine.

5 décembre. Troisième poussée très-confluente d'érythème noueux occupant les faces antérieure et externe des membres inférieurs et la partie postérieure des bras au niveau du coude, principalement du côté droit. — Douleurs très-vives, la nuit surtout. Même état du cœur.

Sulfate de quinine 0 gr. 75.

8 décembre. L'éruption pâlit et tend à disparaître. Les douleurs sont moins vives et l'on cesse l'administration du sulfate de quinine. — 1 portion.

20 décembre. Malgré l'examen le plus attentif, il est impossible de constater le moindre signe de syphilis. Aucune éruption à la peau sinon des macules, derniers vestiges de l'érythème noueux. — Rien à la gorge ni aux parties génitales. — On ne trouve plus trace du chancre.

Persistance des craquements dans l'articulation du genou droit, et du bruit de souffle, toujours rude et râpeux au premier temps, avec maximum à la pointe du cœur.

— Tel est l'état de la malade quand je quitte l'hôpital Saint-Antoine, le 24 décembre.

Le 9 janvier suivant elle vient me retrouver à l'hôpital Lariboisière pour des douleurs de tête très-vives qu'elle ressent depuis plusieurs jours.

Elle ne présente toujours aucun signe de syphilis à la peau, dans la bouche, ni aux parties génitales.

Le bruit morbide du cœur est présystolique ; il a conservé son caractère rude et râpeux.

Digitized by Google

Les fonctions digestives s'exécutent bien.

Tous les soirs, de 6 à 10 heures, la malade est prise d'un violent mal de tête, qui occupe la région temporo-frontale droite et la moitié correspondante de la face. — La pression ne réveille pas de douleur au point d'émergence du nerf sus-orbitaire; mais le nerf sous-orbitaire et le nerf dentaire à sa sortie du trou mentonnier sont très-douloureux à la pression. La malade a d'ailleurs plusieurs mauvaises dents.

Quoi qu'il en soit, j'administre pendant trois jours 0 gr. 75 de quinine et les douleurs disparaissent.

La malade sort le 2 février, sans présenter le moindre signe de syphilis secondaire, mais avec un bruit de souffle rude et râpeux au premier temps, avec maximum d'intensité à la pointe.

De ces deux observations il résulte que, pendant l'évolution de l'érythème noueux sur la continuité des membres, plusieurs jointures ont été le siége d'une vive douleur. Or, il ne s'agit point ici de douleurs de voisinage, dues à la confluence de l'érythème autour des articulations. Nous ferons remarquer, en effet, que dans l'une comme dans l'autre observation, l'éruption était surtout confluente au niveau des genoux et des coudes, tandis que les douleurs articulaires se faisaient principalement sentir au niveau des articulations des cous-de-pied et des poignets. — D'autre part, on ne confondra pas ces douleurs articulaires avec les douleurs vagues, mal déterminées, peu connues dans leur essence comme dans leur siége, auxquelles, en raison de quelques points de ressemblance avec le rhumatisme, on a donné le nom de *douleurs rhumatoïdes*. Ces dernières existent sans changement de coloration ni de volume des parties affectées, et elles sont spontanées plutôt qu'exaspérées par la pression et les mouvements. Or ici, nous

Digitized by Google

constatons une rougeur manifeste de la peau qui recouvre l'articulation douloureuse ; il existe, en outre, une tuméfaction due à un épanchement de sérosité intra-articulaire les mouvements volontaires, les mouvements communiqués et la pression même la plus légère exaspèrent tellement la souffrance que celle-ci arrache des cris. Nous invoquerons aussi l'augmentation de la température, la fièvre concomitante, la durée éphémère pour ainsi dire des manifestations morbides du côté des jointures, pour établir que, dans ces observations, il s'agissait bien d'une inflammation réelle et non pas seulement de douleurs *rhumatoïdes*.

Étudions maintenant la nature de ces arthrites. Les commémoratifs et les circonstances dans lesquelles elles sont survenues chez des malades au lit depuis plusieurs jours ne permettent pas de les rattacher à un traumatisme. Ces arthrites sont donc de cause interne.

Mais à quelle influence pathologique devons-nous les rattacher? On ne peut discuter l'influence de la blennorrhagie qu'à l'égard du sujet de la deuxième observation, le premier malade étant hors de cause. Or, il n'existait chez le sujet de cette deuxième observation ni écoulement vaginal ou urétral. D'ailleurs, le rhumatisme blennorhagique a été décrit de main de maître dans ce journal par notre éminent collègue le docteur Fournier, et ses lecteurs n'ont pu en oublier les caractères. Je me borne donc à rappeler que, chez notre malade, la pluralité des articulations envahies, l'absence d'empâtement périphérique et la rapidité de la résolution ne permettent pas de s'arrêter plus longtemps à cette hypothèse.

La syphilis y est tout aussi étrangère, malgré le chancre dont nous avons constaté l'existence. Si nous avons cru un instant, à cause de l'induration sur laquelle reposait l'ulcération, à un chancre infectant, les caractères d'acuité présentés par l'inflammation des ganglions inguinaux et leur

Digitized by Google

suppuration ne devaient pas longtemps entretenir notre erreur. D'ailleurs, nous avons surveillé attentivement cette malade depuis quatre mois, et elle ne présente encore aujourd'hui aucun signe de syphilis secondaire. Nous ajouterons que l'arthralgie syphilitique ne s'accompagne ni de rougeur, ni de tuméfaction des articulations, et que son apparition est le prélude d'éruptions cutanées qui ont fait ici complétement défaut. Par conséquent, la syphilis n'est pour rien dans la production des arthrites multiples présentées par cette malade.

Si maintenant nous tenons compte de l'influence de l'hérédité, des antécédents pathologiques, de l'apparition spontanée des fluxions articulaires, de la courte durée et de la mobilité de la rougeur, du gonflement et de l'épanchement articulaires; si enfin nous rappelons l'endocardite survenue dans un cas, nous trouvons un ensemble de caractères qui nous autorisent à affirmer la nature rhumatismale de ces arthrites.

Nous avons donc établi ce premier point, c'est-à-dire qu'un rhumatisme articulaire vrai a coïncidé dans nos deux observations avec une éruption d'érythème noueux.

Mais notre but ne consiste pas seulement à montrer la coïncidence de l'érythème noueux et du rhumatisme; nous allons essayer de prouver que l'*éruption* et l'*arthrite* sont de nature identique et subordonnées l'une et l'autre à la diathèse rhumatismale.

Que penserait-on du médecin qui verrait une simple coïncidence entre l'éruption de la rougeole et l'inflammation des muqueuses oculaire, nasale, pharyngo-laryngée, trachéale et bronchique? — Qui pourrait croire à une simple succession d'états morbides différents entre l'angine primordiale, l'éruption de la scarlatine, et l'albuminurie consécutive? — Faudrait-il aussi n'admettre qu'une simple coïncidence entre le rhumatisme articulaire

Digitized by Google

et l'inflammation des séreuses du cœur, et reconnaître que le professeur Bouillaud a commis une hérésie pathologique en établissant avec la loi de la coïncidence celle de l'identité de nature de l'arthrite rhumatismale avec l'inflammation du cœur et de ses enveloppes? Dès lors, comment peut-on se refuser à admettre que l'érythème noueux, survenant comme dans nos observations, chez des sujets prédisposés au rhumatisme, coïncide ou alterne avec des arthrites compliquées d'endocardite, sans que cette éruption ait une connexion intime, une parenté étroite et une identité absolue de nature avec le rhumatisme?

D'ailleurs, nous pouvons encore invoquer plusieurs particularités des caractères de cette éruption en faveur de sa nature rhumatismale. — En effet, l'érythème noueux se fait par poussées successives, de même que le rhumatisme envahit les articulations une à une et successivement. — En outre, les premières plaques apparues entrent en résolution, quand d'autres surgissent, comme une jointure, vivement affectée, devient moins douloureuse quand une autre est envahie. — L'éruption se fait sur les membres, et elle est surtout confluente au niveau des jointures, qui sont le siége de prédilection du rhumatisme. — Enfin, malgré le volume et la dureté de cet érythème, présentant, en certains cas, une induration et un volume qui le font ressembler à l'anthrax, jamais cependant ces noyaux ne suppurent; et, comme les épanchements articulaires du rhumatisme franc, toujours ils entrent en résolution complète.

Pour toutes ces raisons, nous croyons donc que dans nos observations, l'érythème noueux a fait mieux que coïncider avec des douleurs rhumatoïdes, mais qu'il a été accompagné d'arthrites véritables, et, qu'à ce titre, il nous paraît être de la même nature que les manifestations morbides articulaires, c'est-à-dire subordonné comme ces dernières à la diathèse rhumatismale.

Digitized by Google

II

DES INDURATIONS SECONDAIRES ET DES TRANSFORMATIONS DU CHANCRE.

Leçon professée par le Dr ALFRED FOURNIER, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté.

J'ai réservé jusqu'à présent, Messieurs, dans l'histoire des syphilides muqueuses, deux sujets importants que je dois aborder aujourd'hui. Ce qui m'a fait en différer l'étude, c'est que tous deux comportent des débats doctrinaux qui ne pouvaient trouver place au milieu des questions essentiellement cliniques et pratiques auxquelles ont été consacrées nos dernières réunions.

L'un de ces sujets a trait aux *indurations secondaires*, et l'autre à ce qu'on appelle la *transformation du chancre in situ*.

I

C'est chez la femme surtout, Messieurs, qu'on observe les indurations secondaires. Nous devons donc à ce titre les étudier ici avec un soin particulier.

Cliniquement, le phénomène dont je vais vous entretenir est des plus simples. Le voici : il arrive parfois que certaines des syphilides muqueuses que nous venons de décrire *s'indurent* à l'instar du chancre, c'est-à-dire se doublent à leur base d'un exsudat néoplasique qui, par ses attributs, ses caractères, sa façon d'être, rappelle plus ou

Digitized by Google

moins complétement l'exsudat néoplasique du chancre, le néoplasme induré de l'accident primitif. De telle sorte qu'au toucher ces syphilides donnent la même sensation que le chancre; de telle sorte qu'elles sont *indurées* comme lui. On croirait en explorant leur base, leur assise, avoir sous le doigt la base, l'assise, l'induration spécifique du chancre.

Tel est, dans toute sa simplicité, le fait clinique de l'induration secondaire.

Cela posé, venons aux détails. Mais, avant d'aller plus loin, établissons tout d'abord l'authenticité de ce fait par quelques exemples pris sur nature. Ces exemples abondent ici, et je n'aurai pour vous les présenter que l'embarras du choix.

Voyez en premier lieu cette jeune femme. La lésion qu'elle porte à la vulve est un type de syphilide papulo-érosive, à papules arrondies, discoïdes, agminées. Eh bien, veuillez palper la base de ces papules; vous la trouverez résistante, dure, et d'une dureté sèche, nette, élastique, absolument identique à celle du chancre.

Même cas. Cette seconde malade est entrée ici pour un chancre lingual, actuellement cicatrisé. Des syphilides assez discrètes (comme celles qui se produisent parfois dans le cours du traitement) se sont développées à la vulve; l'une, de forme érosive, occupe toute la petite lèvre gauche. Or, prenez cette petite lèvre entre les doigts, et dites-moi si vous ne croiriez pas toucher une lamelle de cartilage? Telle en est la dureté.

Troisième exemple. Voici une malade qui est entrée dans nos salles il y a six semaines pour un chancre induré typique de la grande lèvre droite, chancre que je vous ai montré à cette époque. Depuis lors un groupe de syphilides s'est constitué sur cette lèvre, un peu au-dessous du chancre. Or, explorez par comparaison, d'une part, la base

Digitized by Google

de ce chancre, et d'autre part, la base de ces syphilides. Même induration fortement parcheminée sur les deux points; identité absolue de la sensation, fournie ici par le chancre, et là par la lésion secondaire.

Enfin, dernier exemple, et celui-ci présentant l'induration secondaire sous sa forme la plus accentuée. La vulve de cette jeune femme est entièrement couverte de nappes muqueuses papulo-hypertrophiques. Palpez les grandes lèvres, palpez les petites lèvres; sans exagération, on les croirait les unes et les autres infiltrées de cartilage, tant elles sont indurées.

Le fait est donc constant et indéniable : *il est des syphilides indurées, comme il est des chancres indurés.*

Or, Messieurs, si vous avez examiné avec attention les diverses malades que je viens de vous présenter, vous avez pu vous convaincre déjà d'une particularité importante: c'est que par leurs caractères, par leurs attributs extérieurs, par leur modalité clinique en un mot, ces indurations secondaires sont absolument *identiques* à l'induration chancreuse primitive :

Identiques d'abord en ce que, comme cette dernière, elles sont constituées par une résistance sèche, élastique, chondroïde même en certains cas, très-différente comme sensation de la dureté pâteuse de l'œdème ou de l'engorgement inflammatoire ;

Identiques encore en tant que lésions indolentes et aphlegmasiques, c'est-à-dire se développant à froid, sans douleur, sans réaction locale, sans irradiations inflammatoires ;

Identiques aussi comme volume, comme développement, comme configuration, comme ensemble de caractères, comme aspect général de lésions ;

Identiques même (je puis le dire par avance) comme

Digitized by Google

évolution et comme terminaison, en tant que lésions spontanément résolutives, aboutissant après une certaine durée à se résorber *proprio motu* et à disparaître sans laisser de traces.

En un mot, elles reproduisent exactement l'induration chancreuse, et cela en coïncidence avec des manifestations d'ordre secondaire.

Comme siége, c'est à la vulve que ces indurations secondaires se produisent le plus souvent. On peut les rencontrer ailleurs, comme aux lèvres, à la langue, à l'anus, etc.; mais elles sont presque aussi rares sur ces derniers points qu'elles sont fréquentes à la région vulvaire.

Le seul fait d'une induration se développant sous une lésion secondaire serait déjà par lui-même un phénomène clinique intéressant, alors même que nous n'aurions pas de conséquences à en déduire. Mais tel n'est pas le cas. A ce fait se rattachent diverses considérations, les unes pratiques, les autres doctrinales, toutes également dignes de fixer notre attention, comme vous allez le voir.

Ce n'est pas toujours, Messieurs, avec des syphilides étendues, confluentes, agminées, typiques en un mot, que se produisent ces indurations secondaires. Elles se développent aussi parfois — et je viens de vous en montrer un exemple à l'instant — avec des syphilides circonscrites, limitées, discrètes, solitaires même. Or, supposez une érosion ou une papule solitaire se présentant de la sorte avec une base indurée : une telle lésion ne peut-elle pas dans ces conditions simuler un chancre, un chancre induré? Comme le chancre, en effet, elle est circonscrite, isolée, plate ou légèrement saillante; elle a la configuration du chancre; elle en a la teinte, l'allure, l'assise résis-

Digitized by Google

tante, etc..... Bref, elle a si bien l'air, la physionomie d'un chancre que neuf fois sur dix pour le moins un observateur non prévenu la prendra pour un chancre. L'erreur est plus que facile, elle est presque forcée. Il faut vraiment être averti de la possibilité de lésions secondaires se présentant sous cette forme pour ne pas les confondre avec le chancre.

Pratiquement, le danger de confondre avec le chancre ces *syphilides indurées chancriformes* (comme je les appelle) ne porterait pas à conséquence, car après tout chancres et syphilides sont symptômes d'un même mal, et impliquent les mêmes indications thérapeutiques. Mais, doctrinalement, c'est une tout autre affaire. Une syphilide prise pour un chancre signifie en doctrine : *infection nouvelle surajoutée à une infection antérieure, seconde vérole entée sur une première ;* car qui dit chancre dit résultat d'une contagion et exorde d'une diathèse. Un sujet syphilitique présentant à nouveau un chancre induré est un sujet qui vient de contracter une seconde vérole.

Or, comme rien n'empêche que sur un organisme en puissance de syphilis il ne se développe deux et trois fois de suite des syphilides indurées, voyez où peut conduire l'erreur, l'erreur facile, qui considérerait cette série de syphilides comme une série de chancres successifs. Il résulterait de là qu'un sujet syphilitique pourrait deux et trois fois de suite subir une contagion nouvelle et « s'envéroler coup sur coup », comme on le disait autrefois. Il résulterait de là que l'organisme humain serait susceptible de subir à courte échéance plusieurs inoculations successives du virus syphilitique, alors que la clinique et l'expérimentation s'accordent à nous le montrer réfractaire à ce virus après une contamination première, alors qu'il est d'expérience commune et de notion vulgaire que *la vérole ne se double pas*. A quelles conclusions illégitimes et singulières

Digitized by Google

peut conduire le seul fait d'un symptôme mal interprété!

Eh bien, cette interprétation vicieuse a été appliquée plusieurs fois, sans aucun doute, à l'ordre de lésions dont je viens de vous entretenir. Plusieurs fois on a pris pour des chancres indurés nouveaux des syphilides indurées, légitime produit de l'infection secondaire, et l'on a conclu de là que la vérole pouvait même à bref délai se doubler, se tripler sur le même sujet, alors qu'en réalité les cas de réinfection syphilitique restent à l'état de faits rigoureusement possibles, mais absolument exceptionnels. Analysez les quelques cas (trop rares, hélas! car, démontrant l'extinction de la vérole, il serait à souhaiter de les voir plus nombreux), analysez, dis-je, les quelques cas de vérole double qui ont été publiés par divers auteurs, et vous resterez convaincus, après examen minutieux, que plusieurs de ces prétendus chancres de récidive n'étaient rien autre que des *syphilides indurées*. — Mais je n'ai pas, quant à présent, à débattre ce sujet. Qu'il me suffise de vous signaler seulement, à son propos, une cause d'erreur possible, une confusion qui déjà, certes, a été commise et contre laquelle il importe de prémunir de nouveaux observateurs.

C'est qu'en effet, Messieurs, on prête généralement à l'induration un sens qu'elle ne comporte pas; on lui fait dire ce qu'elle ne dit pas. On s'est accoutumé à la considérer comme le témoignage d'une infection primitive, comme l'attribut inséparable du chancre. Toute ulcération, toute lésion indurée, est réputée chancre *ipso facto*, par le seul fait qu'elle est indurée. Or, rien n'est plus arbitraire, rien n'est moins légitime qu'une telle interprétation. Il y a nécessité urgente à réagir contre cette tendance commune des esprits à notre époque. Laissez-moi le faire en quelques mots.

Digitized by Google

L'induration considérée en tant que signe clinique (je ne dis pas, notez-le, en tant que lésion histologique), l'induration telle que nous la percevons sur le malade, n'est absolument pathognomonique ni d'une *maladie*, la syphilis, ni d'un accident spécial de cette maladie, le chancre.

D'abord, en tant que signe clinique, elle peut être simulée soit par certains états morbides (tels que le cancroïde, par exemple), soit par l'effet de certains caustiques, de certains topiques appliqués sur des ulcérations ou des lésions vulgaires. Veuillez à ce propos vous rappeler ce que je vous ai dit précédemment des indurations *artificielles*, simulant à s'y méprendre l'induration spontanée du chancre.

Mais là n'est pas le point important. Ce qui nous intéresse plus immédiatement est ceci : *l'induration n'appartient pas en propre à un accident particulier de la syphilis ;* elle n'est pas l'apanage exclusif d'une manifestation de la diathèse; elle n'est pas pathognomonique du chancre. Sans doute elle s'observe en compagnie du chancre bien plus fréquemment qu'avec tout autre accident ; mais elle se rencontre aussi en maintes occasions comme phénomène indépendant du chancre, comme expression ultérieure d'infection constitutionnelle. Elle se rencontre, par exemple, très-communément avec les syphilides muqueuses de la vulve, assez souvent aussi avec les syphilides du gland, quelquefois encore avec celles de la langue. Parfois elle accompagne, sous la forme dite parcheminée, certaines syphilides de la peau, syphilides papuleuses à larges papules, psoriasiques ou ecthymateuses. C'est elle de même qu'on retrouve dans diverses manifestations encore peu connues que j'ai décrites il y a quelques années sous le nom de chancre redux et d'indurations satellites du chancre. C'est elle qui constitue ces lymphangites et ces adénopathies dures qui se produisent au voisinage de l'ac-

Digitized by Google

cident primitif. C'est elle qui constitue de même les adénopathies secondaires, les noyaux de l'albuginite, les papules, les tubercules, les nodi, etc., etc...

L'induration, en conséquence, ne saurait être considérée comme une lésion propre au chancre. Loin de là, *c'est une lésion commune à des manifestations variées et à des âges divers de la syphilis*. Elle se relie moins à un accident donné de la maladie qu'à la maladie même; elle trahit, elle accuse moins un stade chronologique de la diathèse que la nature même et l'essence de cette diathèse. En d'autres termes, l'induration, en syphilis, ne signifie pas plutôt chancre que tel autre accident; elle signifie simplement ceci : *lésion syphilitique*, production pathologique constituant un élément commun à diverses manifestations de la maladie.

Cette façon plus générale d'envisager l'induration est rigoureusement déduite de l'analyse des faits cliniques; elle est, d'autre part, pleinement confirmée par les données de l'histologie. Qu'est-ce, en effet, que l'induration chancreuse? Un néoplasme développé sous l'érosion du chancre. Que sont les indurations secondaires? Des néoplasmes identiques doublant la base de lésions secondaires. Que sont encore les indurations ganglionnaires? Des néoplasies interstitielles des glandes, etc.. etc... Est-il donc surprenant qu'une maladie déterminant une lésion identique à diverses périodes de son évolution, se traduise cliniquement à diverses périodes par un signe commun? Cette lésion identique, c'est un néoplasme; ce signe commun, c'est l'induration.

Mais résumons-nous, Messieurs, car cette longue discussion nous a quelque peu distraits de notre sujet actuel.

Digitized by Google

De ce qui précède il résulte :

1° Comme conclusion générale, que le fait d'une induration développée sous la base d'une érosion ou d'une ulcération syphilitique n'a pas de valeur séméiologique absolue pour attester que cette lésion soit un chancre ;

2° Comme conclusions spéciales afférentes au sujet qui nous occupe :

Que les syphilides muqueuses se doublent souvent à leur base d'une induration absolument identique à celle du chancre ;

Que ces *syphilides indurées* s'observent à la vulve plus souvent qu'ailleurs ;

Que certaines conditions accidentelles et locales peuvent donner parfois à ces syphilides indurées un ensemble de caractères, une physionomie qui les assimile complétement au chancre, et qui les expose à être facilement confondues avec lui.

II

La seconde question que nous avons à traiter aujourd'hui est relative à la *transformation du chancre in situ*.

Sans doute, Messieurs, vous connaissez déjà le phénomène auquel on a donné ce nom. Il consiste simplement en ceci : un chancre sous l'influence d'un processus pathologique quelconque, perd ses attributs apparents de chancre pour prendre ceux d'une lésion secondaire ; il dépouille ses caractères, sa physionomie de chancre pour revêtir l'aspect d'une papule muqueuse.

On attachait autrefois à cette *transformation*, comme on l'appelait, une importance majeure. Car on croyait que le chancre, *par le seul fait de cette modification*, passait à l'état d'accident constitutionnel et cessait d'être soit

Digitized by Google

auto-inoculable, soit inoculable à autrui, c'est-à-dire transmissible, contagieux. C'était là, Messieurs, une série d'erreurs dont l'observation et l'expérience ont fait justice aujourd'hui. Nous savons actuellement, en effet, que le chancre, le vrai chancre, est un accident tout aussi constitutionnel qu'une manifestation secondaire; nous savons qu'il est tout aussi réfractaire à l'auto-inoculation que les lésions d'un stade plus avancé; nous ne savons pas moins que la contagiosité de la maladie, loin de s'éteindre avec le chancre, se continue dans les accidents d'une époque ultérieure. En conséquence, ce qu'on regardait jadis comme une véritable métamorphose transformant du tout au tout l'essence de l'accident primitif n'est plus pour nous qu'un changement d'aspect, qu'une modification d'allure, qui n'influe en rien sur les qualités intrinsèques de cet accident, sur son caractère de manifestation diathésique, sur sa résistance à l'auto-inoculation, sur sa contagiosité. Ce phénomène a donc perdu pour nous une partie de son intérêt; il n'est plus qu'un détail de symptomatologie, qu'un incident éventuel dans l'évolution du chancre. A ce titre cependant il mérite encore notre attention.

Comment se produit, s'opère cette transformation du chancre?

De deux façons, de deux façons très-différentes, dont l'une est bien connue, dont l'autre n'a pas encore été signalée que je sache.

La première est une véritable *modification in situ* qui s'opère de la façon suivante:

Soit un chancre à la période d'état ou de réparation commençante. Destiné à subir la transformation papuleuse, il commence, de plat ou de creux qu'il était,

Digitized by Google

par devenir proéminent; son fond se bombe, s'élève en plateau, *s'exhausse* en un mot; — en même temps *sa surface se modifie* comme teinte; pultacée ou rougeâtre, elle arrive par transitions insensibles à prendre un ton rosé ou d'un rose gris assez pâle; — simultanément aussi, de lisse qu'elle était, elle devient un peu plus *granulée*, chagrinée, bourgeonnante; — enfin, comme aspect général (ce qui est indescriptible), la lésion entière perd peu à peu sa physionomie de chancre pour prendre celle d'une papule secondaire.

Puis, toutes ces modifications de détail marchant de compagnie et s'exagérant de jour en jour, il arrive qu'au moment où elles sont accomplies, le chancre, pour ainsi dire, n'existe plus; c'est fait de lui en tant que chancre; il est devenu papule, et quiconque le verrait pour la première fois sous cette forme nouvelle le prendrait pour une lésion secondaire. — On dit alors qu'il s'est *transformé*.

Inutile d'ajouter qu'après être passé de la sorte à l'état de papule le chancre se conduit comme une papule, c'est-à-dire se répare et se cicatrise rapidement, si peu qu'on lui oppose une hygiène convenable et un traitement topique des plus simples.

Le second mode de transformation du chancre n'est guère plus compliqué. Il consiste en une véritable absorption du chancre par des lésions secondaires développées à sa périphérie. Comment se fait cette absorption? Je vais vous le montrer par un exemple pris sur nature.

Vous vous rappelez sans doute qu'il y a quatre semaines à pareil jour je vous présentais ici une jeune malade affectée d'un chancre induré typique de la grande lèvre droite. Ce chancre, âgé de 5 septénaires environ, offrait au grand complet tous les attributs de l'accident primitif : il était rond, large comme une pièce de 50 centimes, superficiel,

Digitized by Google

érosif et sans bords par conséquent, rouge brun et de ton chair musculaire, doublé d'une assise indurée, etc., etc. Eh bien, ce chancre aujourd'hui s'est transformé, et vous ne le reconnaîtrez plus. Or, voici ce qui s'est produit depuis que vous n'avez vu cette femme, et ce que nous avons suivi jour par jour.

Il y a une quinzaine, de petites papules ont pointé sur la vulve, et un groupe de ces papules s'est constitué sur la grande lèvre droite; c'étaient là les premières manifestations secondaires. Puis ces papules ont progressé, se sont développées, élevées, élargies. D'autres et d'autres encore se sont produites dans les environs. Toutes d'abord étaient à la fois distinctes de l'une à l'autre et distinctes surtout du chancre. A cette époque il était encore facile de reconnaître d'une part le chancre, accident primitif, et d'autre part les papules, lésions secondaires.

Mais de jour en jour voici que ces papules se sont accrues, se sont confondues en une nappe commune et se sont rapprochées du chancre par élargissement progressif. Elles ont alors environné le chancre, elles l'ont cerné, enveloppé, puis se sont fusionnées avec lui. Déjà le chancre n'était guère plus reconnaissable au centre de cette nappe papuleuse, d'autant que lui aussi s'était modifié d'aspect. Sa surface s'était bombée, exhaussée, était devenue rose, avait viré pour ainsi dire à la physionomie des lésions secondaires. Enfin, ce double processus, dévoloppement des papules et modification du chancre, se continuant toujours dans le même sens, il est arrivé un moment où papules et chancre n'ont plus fait qu'un, où le chancre a été comme *absorbé* par les papules, et a disparu au milieu d'elles en perdant ses attributs propres, sans qu'il fût désormais possible de l'en distinguer.

Eh bien, tel est aujourd'hui l'état de notre malade. Examinez avec soin la lésion qu'elle porte à la grande

Digitized by Google

lèvre droite; vous n'y constaterez plus qu'une nappe papuleuse, qu'une syphilide papulo-érosive. Quant au chancre, vous le chercheriez en vain; il n'existe plus en tant que chancre; il s'est fusionné avec les papules, il a été englobé, absorbé par elles.

Ce second mode de transformation du chancre est assez commun chez la femme. Nous en avons ici presque constamment des exemples sous les yeux.

Inutile d'insister pour vous dire ce en quoi il diffère du premier, celui dont je vous ai entretenus précédemment. Dans le premier, c'est le chancre qui se transforme sur place, qui devient papule *in situ*, sans être envahi, modifié, par des lésions de voisinage. Dans le second, ce sont des lésions secondaires qui s'emparent, pour ainsi dire, du chancre, qui le cernent, l'englobent, se l'assimilent, et le métamorphosent en l'absorbant.

C'est donc bien là une véritable transformation du chancre *par absorption*, par fusionnement, par amalgame *in situ* avec des lésions secondaires.

Tel est, Messieurs, sous le double aspect qu'il peut affecter, le phénomène clinique de la transformation du chancre.

Cela posé comme fait, voyons actuellement quel intérêt se rattache au phénomène que nous venons d'étudier.

Ah! s'il nous était donné d'observer *ab ovo* tous les cas de syphilis et d'en suivre intégralement la marche, il n'y aurait ni erreur ni discussion possible sur la nature des divers accidents qui composent la maladie. Car alors tout irait de soi; chaque lésion, observée en son temps, serait aisément déterminée grâce à ses caractères propres, grâce à son époque d'apparition, grâce à l'ensemble de l'évolu-

Digitized by Google

tion morbide. Mais les choses ne se passent pas ainsi en pratique. Pour un malade, pour *une* malade surtout que nous observons dès le début de son mal, il en est dix au moins qui ne viennent nous consulter qu'à une période plus ou moins avancée de l'infection. Or, supposez, pour revenir à notre sujet, qu'une femme se présente à nous pour la première fois avec un chancre *transformé*, transformé suivant l'un ou l'autre (n'importe) des processus pathologiques que nous avons étudiés précédemment. En face de cet accident qu'allons-nous dire, quel diagnostic allons-nous porter? Croyez-vous que nous pourrons *reconnaître le chancre sous son masque de lésion secondaire?* J'accorde qu'en certains cas l'induration, l'adénopathie ou quelques circonstances particulières nous permettront encore de le distinguer; mais en d'autres cas, et par des motifs divers, la confusion sera fatale, l'erreur inévitable; n'ayant pas le don de lire dans le passé, ne pouvant établir un diagnostic que sur les lésions que nous voyons actuellement, nous dirons ce qui s'impose à nous, ce qui est évident, ce qui est légitime d'ailleurs, nous dirons : *papule muqueuse*, accident *secondaire* de syphilis; bref, nous méconnaîtrons le chancre.

En pratique, une erreur de ce genre n'a pas grande importance, car après tout chancre et papule sont expressions et symptômes d'une même maladie. Mais, en doctrine, c'est tout différent. Voyez plutôt. Cette lésion que nous venons de diagnostiquer papule, c'est la première en date de toute la maladie; c'est elle que le malade indique formellement comme le premier phénomène qui se soit produit, et nulle part ailleurs, en effet, nous ne trouvons trace de chancre. Donc, conclusion légitime, c'est bien elle qui a été l'accident initial de la diathèse; *donc la diathèse a débuté d'emblée par une papule, c'est-à-dire par une lésion secondaire.*

Digitized by Google

Ainsi, Messieurs, ont raisonné certains auteurs pour instituer ce qu'on appelle la doctrine de la *plaque muqueuse primitive*. Voyant l'accident primitif se présenter parfois sous forme d'une papule, ils ont conclu de là que la vérole pouvait débuter parfois par une lésion secondaire. Leur tort a été de ne voir que la moitié des choses, de raisonner sur des faits incomplétement observés et de méconnaître la transformation du chancre.

Au point de vue doctrinal, les cas les plus simples, les plus réguliers, les plus méthodiques, peuvent conduire aux interprétations les plus erronées, alors qu'ils n'ont pas été observés et suivis intégralement dans toutes les phases successives de leur évolution. Un chancre naît, se développe, puis subit la transformation papuleuse ; rien que de normal à cela, et d'absolument régulier. Survient à ce moment un observateur qui voit cette papule pour la première fois, qui la considère, sur les données du malade, comme l'accident *initial* de l'infection, et qui conclut de là au début possible de la vérole par des lésions secondaires. Quelle erreur plus facile? Et de la sorte se trouve formulée la doctrine de la plaque muqueuse primitive.

La morale de tout ceci, Messieurs, c'est d'abord qu'il faut apporter aux appréciations doctrinales une rigueur excessive d'examen; c'est ensuite, en ce qui nous concerne actuellement, qu'il ne faut pas s'empresser de nier le chancre comme exorde de la maladie alors qu'il ne s'impose pas à notre observation sous des formes grossièrement évidentes. Car, d'une part, tous les faits expérimentaux et tous les faits cliniques bien observés nous le montrent comme préludant d'une façon nécessaire, fatale, aux autres accidents de la diathèse; et l'expérience, d'autre part, nous le présente comme susceptible de variétés nombreuses

Digitized by Google

d'aspect, d'étendue, de combinaisons, de modifications, de transformations, etc., qui peuvent le rendre facilement méconnaissable, même aux yeux du clinicien le plus exercé.

Ce qui, en effet, caractérise essentiellement le chancre — rappelez-vous bien ceci, Messieurs — ce n'est pas telle ou telle physionomie, tel ou tel caractère, tel ou tel détail de symptomatologie extérieure; ce qui caractérise le chancre, c'est surtout, et avant tout : 1° d'être le *dérivé d'une contagion* et le produit de cette contagion au point même où elle s'est exercée; — 2° d'être l'expression initiale, le *phénomène prélude* d'une diathèse; — 3° de constituer pour un temps l'accident *unique* par lequel se traduit l'infection.

Mais assez de doctrine, Messieurs. D'autres études plus pratiques nous réclament. Dès notre prochaine réunion nous reprendrons l'histoire clinique de la syphilis secondaire.

Digitized by Google

III

DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES CHEZ LES PROSTITUÉES,

Par Adrien CHARPY, ex-interne des hôpitaux de Lyon.

De toutes les beautés de la femme publique, celle qui parfois décline la première, c'est la beauté de ses organes génitaux. La prostituée a encore ses seins fermes, ses flancs sans coutures, et c'est à peine si la veille ou l'orgie commencent à la dépouiller de ses cheveux, que déjà son appareil de relation par excellence, mécaniquement délabré, a subi l'irréparable outrage du travail et de l'usure.

Je vais décrire ici ce que j'ai pu observer sur plus de 800 prostituées de tout âge au service des Chazeaux. Et tout d'abord je déclare que la plupart de ces déformations n'ont rien de caractéristique : les unes sont les stigmates de maladies antérieures, les autres sont le fait de l'habitude de l'amour ; aucune n'est l'apanage exclusif de la fille publique. Je dois dire aussi qu'il est deux catégories de femmes qui échappent à ces flétrissures : les filles de plus ou moins haut parage qui ne sont point réduites à demander à la prostitution leur pain quotidien — et certaines filles heureusement douées, qui, malgré un travail incessant, malgré des accouchements répétés, ont le privilége de rester jeunes et non fanées.

Digitized by Google

Ceci étant posé, j'examinerai successivement les lèvres, le clitoris, le méat, le vagin et l'anus, qui est trop souvent, lui aussi, un organe sinon génital du moins sexuel chez la prostituée.

Si vous le voulez, nous jetterons d'abord un regard d'ensemble sur ce mécanisme usé avant d'en démonter les pièces. En haut, la saillie pubienne, le mont de Vénus. En bas, le sillon périnéal qui va s'effilant entre les deux saillies fessières, et qui aboutit à l'orifice anal plus ou moins dissimulé. Des poils droits ou frisés, rares ou touffus, représentant toujours la couleur des cheveux sur un ton plus clair et atténué, garnissent le pubis et les lèvres, et diminuent jusqu'à l'orifice anal glabre le plus souvent. Au milieu de l'encadrement apparaît verticalement et de face le système génital externe, *largement développé*, surtout dans sa partie inférieure ou vaginale. Tantôt les deux grandes lèvres saillantes et bombées se montrent seules, adossées tout le long par leur face interne; tantôt, s'effaçant sur les côtés, elles servent de second plan aux petites lèvres exubérantes; tantôt enfin, grandes et petites lèvres sont de niveau et forment une série de colonnes verticales que surmonte le capuchon du clitoris. Tous ces points se sont bistrés, ils ont une couleur grise ou fauve, brune ou ardoisée, et la *teinte pigmentaire* s'étend jusqu'aux plis génito-cruraux. — Écartons les lèvres : la vulve est fortement accentuée, l'urèthre quelquefois hernié, le bulbe vaginal saillant et l'orifice large. La teinte en est variable, le plus souvent gris rosé, parfois chez les anémiques blanche et semée de plaques rouge vif ineffaçables. La sécrétion claire du mucus peut être abondante, c'est un suintement naturel, un état *d'humidité normale;* ordinairement par le fait des lavages, des astringents et aussi de l'épaississement de l'épithélium, elle s'est partiellement tarie, c'est un état de *sécheresse acquise.*

Digitized by Google

Son odeur serait âcre et pénétrante, si elle n'était habituellement masquée par quelque artifice de toilette.

A côté de ce tableau que j'appellerai normal, se place la description des grands délabrements par le phagédénisme. Des œdèmes durs et saillants, cachant une anfractuosité irrégulière, taillée à pic, accidentée, souvent incomplétement cicatrisée, des rétrécissements de l'urèthre ou du vagin par cicatrice, des adhérences vicieuses soudant des organes dissemblables, des brides tendues comme des ressorts et fatiguant les tissus de leur rétraction indéfinie : tels sont les principaux traits de ce triste tableau, variable d'ailleurs suivant chaque malade.

Entrons maintenant dans les détails, et reprenons une à une ces parties détériorées.

1° *Grandes et petites lèvres.* — Les altérations qui leur sont communes portent sur trois points : leur dimension, leur surface et leur couleur.

Atrophie quelquefois, le plus souvent *hypertrophie*, tels sont les deux changements de volume possibles. Les grandes lèvres peuvent être larges et turgescentes, tendues en avant ; leur accroissement n'est alors que l'expression locale du développement général du système adipeux, ou la suite d'un œdème provoqué par des bubons, des chancres, des plaques muqueuses, des vulvites, ou enfin une bouffissure de nature lymphatique analogue au gonflement strumeux des lèvres. Leur atrophie en revanche est sans doute un phénomène mécanique, c'est l'effet de la compression qui les refoule excentriquement. — Bien plus marquées sont les déformations des petites lèvres, et cela n'est que justice ; ne sont-elles pas les plus proches, et dès lors les plus exposées aux meurtrissures? Quelquefois courtes et atrophiées elles se dissimulent sur les côtés de la vulve ; mais en règle générale elles subissent *l'hyper-*

Digitized by Google

trophie. Ce n'est point en largeur qu'elles augmentent, c'est en longueur. C'est leur angle externe qui s'allonge progressivement et qui, flasque et pendant, descend le long de la vulve comme le disgracieux tablier des Hottentotes. Chose curieuse, le plus souvent cet allongement hypertrophique ne porte que sur une seule des petites lèvres. — Aux changements de volume répondent ceux de l'état des surfaces. Elles ont perdu cette couche élastique qui les doublait et les capitonnait; elles se sont chiffonnées, et, comme de vieilles étoffes, de lisses et fermes qu'elles étaient elles sont devenues *ridées* et sillonnées. — Enfin, leur couleur rougissante, dont les vives nuances trahissaient l'active circulation de la sève et de la floraison s'est effacée derrière les teintes plus sombres et plus mortes du jaune fauve ou de *l'ardoise*. Le sang déserte ces chemins fermés, le vernis épithélial a perdu sa transparence, et c'est un voile opaque qui couvre ces tissus; ils se sont bronzés au soleil de l'amour.

Les altérations spéciales et accidentelles des grandes lèvres sont : la *saillie en boule* de leur extrémité inférieure, elle est due à un kyste de la glande vulvo-vaginale, suite lui-même de ces abcès glandulaires si fréquents dans le cours des vaginites; des *plaques indurées* le long de leur crête, attestant qu'autrefois des plaques muqueuses y végétèrent tout à leur aise ou même y formèrent un large pont en s'unissant aux plaques venues de l'autre côté; enfin, des pustules d'acné et des vésicules d'herpès, éparses ou en groupes, éruptions non spécifiques mais de la plus grande fréquence chez les prostituées. — Les petites lèvres ont pour elles : des *cicatrices à l'emporte-pièce*, blanches, dures, circonscrites par un anneau saillant, témoignages d'un chancre mou profond ; et des *orifices fistuleux* à la partie inférieure de leur face interne, fistules le

Digitized by Google

plus souvent incurables, non contagieuses d'ailleurs, aboutissant aux abcès des glandes vulvo-vaginales.

2° *Clitoris.* — Les déformations du clitoris sont moins sensibles; il n'a point, comme les organes qui l'environnent, à subir la contusion en permanence. Mais il a aussi sa part dans le travail physique, dans le traumatisme, et cela est surtout vrai pour les filles de maison qui doivent à leur oisiveté et à leur vie en commun le culte souvent effréné de la masturbation et de la tribadie. Le développement et la laxité du capuchon qui le recouvre, la saillie renflée de son gland terminal, mais surtout la *procidence* de l'organe tout entier qui tombe en s'allongeant, comme une lame sort du fourreau qu'elle a fini par élargir : tels sont les traits anatomiques de ce tableau. Physiologiquement, la réception et l'accumulation des impressions génésiques ont émoussé en lui cette fleur de sensibilité exquise et primesautière qui frise la douleur et l'étonnement. Mais il peut toujours trouver une somme égale, sinon supérieure de volupté. Ce qu'il doit à l'habitude, c'est de pouvoir à volonté se neutraliser et garder son sang-froid dans les chocs de l'amour, ou, s'il lui plaît, prendre sa part de la lutte et du triomphe.

3° *Méat urinaire.* — Si étroit soit-il et si étranger aux choses de l'amour, il n'en est pas moins l'objet constant des préoccupations de la prostituée; car il joue un grand rôle dans sa pathologie. Le premier fait qui frappe, c'est la hauteur à laquelle il est situé. Placé d'abord, à la période de la virginité, à l'entrée du vagin, il a parcouru un long chemin et est venu se loger sous le clitoris. Son ascension tient à deux causes : à la saillie du bulbe vaginal, saillie par développement du tissu érectile et par procidence de la paroi vaginale, et au gonflement des follicules qui bordent

Digitized by Google

son entrée à la partie inférieure. — Puis vient *l'état fongueux* du canal. Chez presque toutes les prostituées, le groupe de follicules qui est situé à la partie antérieure et inférieure du canal est à l'état d'inflammation chronique par le fait du frottement et surtout des uréthrites antérieures. Les orifices sont ouverts et agrandis, les parois glandulaires boursoufflées ; cette folliculite chronique n'est pas contagieuse, car le liquide épais et laiteux qu'elle sécrète ne renferme que de l'épithélium et pas de leucocytes. C'est presque un fongus anté-uréthral. Pour peu que la folliculite se propage le long de la paroi inférieure du canal, la muqueuse de l'urèthre, si lâchement unie à la cloison urétro-vaginale, se tuméfie, se détache, et vient faire saillie à l'extérieur sous forme d'une masse fongueuse, violacée, facilement ulcérée, difficile à cicatriser et à réprimer. Le fongus à l'état complet de développement est rare ; mais la tendance de la muqueuse uréthrale à se tuméfier dans sa partie inférieure et à faire hernie extérieurement, est un fait des plus fréquents. — La dernière observation a trait à l'orifice et à ses dimensions. Le plus souvent le méat est normal; mais dans quelques cas l'orifice antérieur du canal est considérablement élargi, et l'urèthre apparaît comme un entonnoir ouvert en avant. Cet *élargissement conique* est le fait quelquefois de la masturbation, le plus souvent de l'habitude de la seringue, ou de l'urètrite chronique, ou de la rétraction scléreuse des parties environnantes chez les vieilles prostituées.

4° *Vagin.* — C'est lui l'organe meurtri, l'organe récepteur et enregistreur de tous les présents funestes du dehors. La porte jadis demi-close est aujourd'hui ouverte à tout passant ; l'orifice s'est *évasé*, il est large et béant, et le spéculum y entre toutes voiles dehors. C'est qu'il a été mécaniquement dilaté, et que par le fait de

Digitized by Google

la tension continue il a perdu l'élasticité de ses tissus, le jeu de son ressort; c'est aussi que sa puissance contractile, son constricteur, préposé à la garde du logis, n'est plus qu'un muscle inerte, fatigué de la lutte, et indifférent à tout, à la peine comme au plaisir. En haut, le bulbe vaginal chroniquement turgescent dont la saillie anormale surplombe l'ouverture, saillie doublée elle-même d'un prolapsus qui vient montrer au dehors son dos tout sillonné. En bas, la fourchette, cet atrium de la maison, lieu fatal, trop souvent marqué d'une croix noire, dirait le poëte, marqué d'une cicatrice blanche, dit la science, car c'est là le berceau de prédilection de tous les chancres *ailés*. Tout autour de l'orifice et dans son encadrement, végètent mille prolongements forme de polypes; issus des débris de l'hymen, ce sont des caroncules à contour fantaisiste, qui poussent comme de grandes herbes sur un terrain toujours en fermentation.

Que ce paysage accidenté se rencontre dans une nature jeune, il peut être encore rose à la vue et sans aspérités. Mais si l'âge a passé par là, si la femme a 40 ans ou plus, ce n'est plus qu'un objet de répulsion. Le pavé épithélial incessamment battu s'est durci comme un parchemin antique; la muqueuse s'est *épaissie et tannée*, elle ne sécrète plus, elle est jaunie : on dirait d'un fibro-cartilage. C'est sur ce sol ingrat que la blennorrhagie perd ses droits, et que les chancres usent vainement les dents de leur virus.

5° *Anus*. — Il doit à son privilége de voisin de participer à tout ce qui se passe près de lui. Chancres mous, plaques muqueuses, végétations, croissent fréquemment sur ses plis rayonnés, sur sa muqueuse, sur ses hémorrhoïdes. Mais la seule déformation véritable est celle de *l'infundibulum;* le signe et la condition de cette déforma-

Digitized by Google

tion, c'est le relâchement d'un sphincter trop complaisant.

Si maintenant nous cherchons à grouper toutes ces lignes du tableau, et si nous nous demandons quels sont les éléments communs à chaque partie de l'ensemble, nous voyons que tout se réduit à deux ou trois faits toujours les mêmes. Et d'abord il faut élaguer les déformations purement accidentelles, qui sont du domaine de la pathologie, telles sont : les cicatrices, les fistules, les kystes, les éruptions récidivantes, les fongus du canal, les prolapsus vaginaux. Il reste donc deux parties : les orifices et les tissus. Or, les orifices, urèthre, vagin, anus, quand ils sont déformés (et ce n'est pas le fait le plus fréquent, il s'en faut), ne peuvent avoir subi qu'un changement, c'est l'élargissement. Ils s'évasent, ils se creusent en cône ; il n'y a plus de canaux, il n'y a que des *entonnoirs*. — Quant aux tissus, suivant l'âge de leur travail, ils passent par deux degrés de déformation, la flétrissure et le tannage. La *flétrissure* se reconnaît à trois signes : l'atrophie ou l'hypertrophie, les rides, la couleur. L'atrophie est le fait de l'usure lente des éléments ; l'hypertrophie est l'accroissement et surtout l'élongation des tissus sous le coup d'une traction et d'une irritation permanentes. Les rides proviennent de l'usure des lames fibreuses et des couches graisseuses qui servaient de moule à la peau. Enfin, la couleur est ardoisée ; elle est produite par l'hypergenèse des cellules pigmentaires. Toutes ces lésions sont l'apanage de la vieillesse et dérivent du trouble des forces organiques de nos tissus. Nous les retrouvons ailleurs, sur la face qui se ride et se hâle au souffle du temps, sur la main que l'âge atrophie ou épaissit et qu'il marbre de ces taches pigmentaires nommées des taches de mort. Ce pigment bruni, ce jaune terne, nous le voyons encore sur les arbres qui vieillissent, sur les fleurs fanées, sur les feuilles d'automne, et la vie suit ainsi les couleurs décroissantes d'un prisme qui la décèle et la mesure. — Le

Digitized by Google

tannage a pour caractères : l'induration semi cartilagineuse, la couleur jaune et la disparition des sécrétions. L'induration est due à une sclérose condensante des couches conjonctive et épithéliale; la couleur jaune, à la sécrétion de substance cornée ; la sécheresse, à l'atrophie des glandes. Ces altérations sont la suite non de l'usure, mais de l'irritation lente et incessante combinée avec les effets d'une pression continue.

En dernier terme, la prostituée subit dans ses organes génitaux une série de déformations qui relèvent de deux causes opposées : de l'usure qui atrophie et de l'irritation qui hypertrophie. Elle vit trop et trop vite. Toutes les femmes en sont là qui abusent de l'amour, et toutes les fleurs aussi qui abusent du soleil. L'amour et le soleil sont deux forces semblables ; à dose mesurée tous deux vivifient, à haute dose tous deux flétrissent.

Digitized by Google

IV

SUR LA RÉSORPTION DES MATIÈRES NON DISSOUTES CHEZ LES MAMMIFÈRES,

Par le Dr Henri AUSPITZ, de Vienne.

(*Suite.*)

---

a. Immédiatement après l'opération, je piquais ordinairement quelques veines, la veine cave supérieure, ou l'autre jugulaire, ou une veine crurale et j'examinais le sang. Dans un seul cas (Expérience IV, 4 février 1871), j'ai trouvé sur un lapin, après sa mort, dans le sang de la veine crurale, des grains d'amidon isolés ou bien en groupes qui atteignaient environ le volume des globules rouges du sang. Çà et là on voyait des globules blancs du sang contenant dans leur intérieur un ou même deux petits grains d'amidon qui se coloraient en bleu par le contact avec l'iode. Dans les autres cas, il ne me fut pas possible de découvrir de l'amidon dans les veines.

Deux fois j'ai examiné avec le microscope, suivant la méthode de Stricker, l'état de la circulation chez l'animal encore vivant. Ce fut d'abord chez un cochon d'Inde (Exp. I, 23 décembre 1870) ; quatorze jours après l'opération, la circulation était très-vive dans l'épiploon, on distinguait très-manifestement les globules sanguins qui circulaient, mais parmi eux on ne pouvait pas reconnaître de grains d'amidon.

La seconde fois (Exp. III, 23 janvier 1871), j'injectai

Digitized by Google

4 grammes de lait d'iodure d'amidon dans la veine jugulaire d'un gros chien à qui j'avais administré de la nicotine pour d'autres expériences. En même temps j'observai la circulation dans le mésentère avec la lentille n° 5 de Hartnack, et de plus, pour ralentir la circulation et mieux voir le passage des corpuscules, aussitôt après avoir fait l'injection, j'excitai par l'électricité, pendant plus d'une minute, les nerfs vagues.

b. Chez tous les animaux soumis à l'injection les poumons étaient criblés de grains plus ou moins gros d'amidon; prenant des tranches minces de poumons, et les examinant en différents sens sous le microscope, je reconnus qu'il y en avait à toutes les profondeurs du tissu. Dans aucun cas il n'y avait d'état morbide appréciable du poumon qui, au contraire, était parfaitement aéré sur tous ses points.

c. Dans le ventricule et l'oreillette du côté droit du cœur, je trouvai chaque fois des grains d'amidon. Une seule fois dans le cœur gauche il y en avait une quantité assez considérable.

d. Dans toutes les expériences le foie contenait quelques grains d'amidon (la plupart d'un petit volume) à différentes profondeurs : toutefois la quantité de grains contenus dans le foie était de beaucoup plus faible que dans les poumons; et même chez deux lapins seulement il y en avait une assez grande quantité dans le foie. Chez un cochon d'Inde (Exp. II, 12 janvier 1871), je trouvai sur toutes les coupes du foie des grains d'amidon dans les grosses branches des veines centrales, sur certains points ils étaient pressés les uns derrière les autres en si grand nombre qu'ils remplissaient complétement la lumière du vaisseau. Toutefois pour ce cas, il n'est pas impossible d'admettre que l'amidon injecté dans la veine jugulaire a pu être poussé directement

Digitized by Google

de l'oreillette droite dans la veine cave inférieure, d'où il est arrivé jusque dans les veines du foie. Pour voir si cette hypothèse était fondée, j'ai lié sur un lapin (Exp. V, 14 février 1871), la veine cave inférieure au-dessus du diaphragme avant de pratiquer l'injection dans la jugulaire. J'ai trouvé chez cet animal de nombreux grains d'amidon dans le parenchyme du foie, mais les veines centrales n'en étaient pas gorgées comme dans le cas précédent.

e. Dans la rate, je n'ai pu qu'exceptionnellement découvrir quelques petits grains d'amidon.

f. Dans l'intérieur des reins il y avait un peu plus d'amidon que dans la rate, mais relativement moins que dans le foie.

g. Dans l'exsudat hémorrhagique qui existait dans la cavité abdominale de ce lapin chez qui la veine cave inférieure avait été liée avant l'injection (Exp. V), il y avait de nombreux grains d'amidon.

h. Dans la substance et dans les capillaires du cerveau on reconnaissait çà et là quelques grains d'amidon.

II. Chez trois lapins j'ai pratiqué des injections dans la veine cave inférieure au-dessus du diaphragme, et cela de la manière suivante : les animaux ont d'abord été soumis au chloral, puis la trachéotomie a été pratiquée et la respiration artificielle établie; alors un morceau de la paroi thoracique a été enlevé, de façon à mettre à nu le poumon droit, le cœur et la veine cave inférieure. Dans cette dernière on introduisit (sous une ligature) une canule dirigée vers le cœur, et à travers cette canule on injecta de l'iodure d'amidon suspendu dans une solution à 1/2 p. 100 de chlorure de sodium. Les poumons se trouvèrent aussitôt distendus; le cœur de ces animaux continua encore à battre un certain temps après l'injection.

Digitized by Google

(Expérience VI, 26 janvier 1871). Chez le premier animal, par suite d'un accident survenu pendant que l'on procédait à la trachéotomie, la carotide fut ouverte et on ne put la lier que d'une façon insuffisante; chez cet animal, aussitôt après l'injection, il s'écoula par l'ouverture de l'artère une certaine quantité de sang mélangé d'iodure d'amidon. Dans les poumons de cet animal, on trouva une quantité considérable d'amidon; il n'y en avait, au contraire, presque pas dans le foie. Chez le second animal (Exp. VII, 27 janvier 1871), aussitôt après la mort, on piqua la veine crurale; le sang qui en sortit était très-fluide, d'une couleur jaunâtre, et contenait des grains assez petits d'amidon qui par l'addition d'iode se colorèrent en violet; ils avaient donc perdu l'iode qu'ils contenaient, pendant leur passage à travers le torrent circulatoire. Les poumons, dont les conduits aériens, aussitôt après leur extraction hors de la poitrine, furent injectés avec du beurre de cacao afin de pouvoir mieux les reconnaître, contenaient une certaine quantité d'iodure d'amidon, non décoloré, dont les grains étaient placés les uns à côté des autres en forme de réseau. Le foie ne contenait presque pas de grains d'amidon; il y en avait également fort peu dans le parenchyme des reins; au contraire dans les petites artères des reins on trouvait des grains d'amidon rangés par groupes et remplissant l'orifice des vaisseaux; ces grains offraient à la lumière polarisée la croix que l'on connaît, et lorsqu'ils étaient décolorés, ils prenaient une teinte bleue par le contact avec l'iode.

Chez le troisième lapin (Exp. VIII, 3 février 1871), on trouva dans les poumons une quantité considérable d'amidon; mais il n'y en avait ni dans les autres organes, ni dans le sang des veines.

III. Chez un lapin (Exp. IX, 25 janvier 1871), une in-

Digitized by Google

jection d'iodure d'amidon fut faite directement dans l'artère pulmonaire, pendant que le cœur battait encore. L'animal mourut pendant l'opération. Les deux poumons s'injectèrent d'un beau bleu ; mais d'une façon inégale pour les divers lobes pulmonaires. On ne trouva rien dans les autres organes.

Si l'on considère l'ensemble des expériences que nous avons relatées, on en peut déduire les faits suivants relativement à la marche ultérieure des matières injectées dans le système veineux :

Introduit directement dans le système veineux, l'amidon suivait le torrent sanguin, entrait dans l'oreillette droite, passait à travers le ventricule droit jusque dans l'artère pulmonaire, par laquelle il pénétrait dans le tissu pulmonaire.

Dans aucun cas on ne trouva dans l'artère pulmonaire un bouchon obturant le calibre de ce vaisseau. Le tissu des poumons ne présenta jamais une altération morbide qui pût être rapportée à l'injection, ni suffusion hémorrhagique, ni gonflement inflammatoire. Ce résultat négatif fut observé non-seulement chez les animaux soumis à l'expérience, qui moururent pendant ou après l'opération, mais encore chez deux cochons d'Inde qui survécurent un temps assez long (8 et 15 jours), et aussi chez deux chiens à qui on injecta dans un autre but de l'amidon dans la veine jugulaire, et qui furent tués et ouverts par moi, l'un au bout de six jours, l'autre au bout de huit jours ; ces deux chiens ne présentaient aucun symptôme de maladie de quelque genre que ce fût.

Mais, tandis que la majeure partie du liquide injecté demeurait dans les poumons, une plus petite portion, passant à travers les veines pulmonaires, pénétrait dans l'oreillette gauche, de là dans le ventricule du même côté, puis enfin dans la grande circulation ; c'est ainsi que j'ai trouvé quel-

Digitized by Google

ques grains d'amidon (le plus souvent d'un très-petit volume) dans le foie, les reins, la rate, et enfin dans les artères et les veines du corps. J'ai bien observé dans certains cas qu'il y avait une quantité assez notable de grains d'amidon dans le foie et les reins, mais il n'était pas parfaitement démontré pour moi que ces grains eussent préalablebleement passé par la petite circulation.

Chez les animaux soumis à l'injection, qui ne succombèrent pas pendant l'opération ou aussitôt après celle-ci, le passage des grains d'amidon dans la grande circulation ne donna lieu à aucun symptôme morbide quelconque. D'après le rapport de Stricker, sur un très-grand nombre d'expériences qu'il avait entreprises dans un autre but avec Albert, expériences dans lesquelles il fit des injections d'amidon à travers la veine jugulaire dans la direction du cœur, il n'y eut qu'un seul cas de mort subite immédiatement après l'injection. Chez tous les autres animaux, en dehors de la fièvre consécutive à l'injection, cet auteur n'a jamais non plus noté aucun syptôme morbide.

Si l'on cherche à contrôler les résultats que je viens d'indiquer en les comparant avec les observations publiées par d'autres auteurs, on trouve qu'un nombre très-considérable d'expériences ont été faites en pratiquant dans le système vasculaire des injections analogues à celles que nous avons rapportées. J'en exclurai d'une manière absolue les injections qui ont été faites, en vue d'étudier la formation des thromboses et des embolies, tant dans les différentes artères du corps que dans la circulation pulmonaire avec de gros morceaux de corps solides, par exemple par Virchow avec du caoutchouc, de la moelle de sureau et des substances animales; je les exclurai, dis-je, parce que ces expériences, si importants que soient les résultats qu'elles ont fournis, sont restées complétement étrangères au sujet que nous traitons.

Digitized by Google

Mais ces injections faites dans la circulation pulmonaire avec des substances solides finement divisées, n'ont pour ainsi dire pas été utilisées pour élucider la façon dont ces substances se divisent en pénétrant dans le système vasculaire.

Autant qu'elles me sont connues, ces injections ont été faites dans la veine jugulaire : avec du mercure (par Gaspard, Magendie, Cruveilhier, Gluge, Virchow, Panum); avec de la poudre d'or (par d'Arcet) ; avec de la poudre de charbon (par Magendie) ; avec de l'amidon (par Magendie et Virchow) ; avec de petites boulettes de cire (par Panum); avec de la graisse (par Magendie, Virchow, Cohn, Frerichs, Zenker, E. Wagner, Bergmann, O. Weber). Le problème que s'étaient posé la plupart de ces observateurs était simplement d'étudier les modifications que ces corps finement divisés, injectés dans la veine jugulaire, subissent dans l'intérieur des poumons ; je ne parlerai que très-brièvement de ces expériences, en tant seulement qu'elles semblent se rapprocher sur un point quelconque de celles que j'ai faites moi-même.

Les anciens expérimentateurs, Gaspard et Cruveilhier, après avoir injecté du mercure dans les veines, avaient vu se former dans les poumons de petites granulations analogues aux tubercules; Cruveilhier attribue la formation de ces granulations à l'obstruction des petites bronches de l'artère pulmonaire. Virchow avait déjà démontré que cette explication n'était pas juste, puisque après avoir introduit dans le système vasculaire des portions assez volumineuses de substances solides, du caouchouc par exemple, il a vu que, en dehors des thromboses volumineuses qui se formaient autour de ces corps dans l'artère pulmonaire, les poumons ne présentaient aucune autre altération durable, tandis que l'introduction de morceaux de moelle de sureau ou de substances animales produisait régulièrement quelques alté-

Digitized by Google

rations morbides des poumons. Virchow (1) en a conclu que les altérations secondaires du poumon dépendent non pas de l'obstruction des artères pulmonaires, mais d'une irritation locale que certains corps déterminent d'une façon soit mécanique, soit chimique, dans le tissu du poumon. Pour ce qui est de l'action que les substances finement divisées exercent sur les poumons, Virchow a reconnu, contrairement à ce qu'avaient annoncé les anciens observateurs, que l'introduction de ces substances en quantités peu considérables n'a qu'une très-faible influence sur l'état des poumons. Pour le démontrer, il a fait les expériences suivantes, qui sont intéressantes aussi au point de vue de la manière dont se répartissent ces substances divisées : il a pratiqué une injection d'amidon dans la veine jugulaire de deux chiens, dont l'un fut tué au bout de 102 heures et l'autre au bout de 71 heures; Virchow n'a pu retrouver d'amidon ni dans les poumons, ni dans les autres organes, ni dans le sang; de façon qu'il pense qu'il y a eu là une sorte de dissolution de l'amidon dans le corps.

Dans deux autres expériences où il a injecté du mercure, Virchow a trouvé les poumons injectés de ce métal, mais sans aucune altération ni déchirure ; par contre il trouva des globules de mercure entre les muscles pectinés de l'oreillette droite et entre les trabécules (colonnes) du ventricule droit; la présence de ces globules avait déterminé une inflammation de la paroi du cœur de ce côté. Les animaux succombèrent au bout de deux jours à ces lésions du cœur qui avaient été déterminées par l'introduction directe du mercure dans cet organe, mais non pas à des altérations résultant du trouble apporté dans la circulation pulmonaire.

Comment se fait-il que dans les expériences rapportées

(1) Gesammelte Abhandlungen, seite 334, m. f.

Digitized by Google

par Virchow, contrairement au résultat que j'ai constaté sans exception dans toutes les injections que j'ai pratiquées, on n'ait pas retrouvé d'amidon dans les poumons ? Je ne saurais le dire. Je ne puis que croire que, comme Virchow lui-même le laisse à peu près supposer, par suite de la méthode qu'il a employée, il n'a pu arriver dans les poumons que des quantités trop minimes d'amidon.

Panum (1), qui a injecté dans la veine jugulaire, à des lapins, tant du mercure que des petites boulettes de cire de $0^{m}17^{m}$ à $0^{m},01^{m}$ de grosseur, a retrouvé ces deux substances dans les poumons, avec cette différence que les globules de cire s'étaient simplement logés dans le poumon, tandis que les globules de mercure avaient déterminé une violente irritation dans le parenchyme pulmonaire, de l'inflammation, une infiltration sanguine, de la suppuration, une dégénérescence graisseuse, de la gangrène et de la tuberculisation. Les résultats constatés par Panum correspondent bien à l'opinion émise par Gaspard et Cruveilhier; de plus, relativement à la signification qu'il faut leur attribuer, ils répondent parfaitement à l'idée avancée par Virchow par rapport à l'irritation spécifique que l'injection de certaines substances exerce sur le tissu pulmonaire.

Évidemment l'amidon n'appartient pas aux substances de cette catégorie, et tout en tenant compte des lésions tout à fait insignifiantes du poumon qui se sont présentées dans mes expériences, les résultats que j'ai constatés sur deux cochons d'Inde et sur deux chiens (V. plus haut) me paraissent cependant, ainsi que les expériences faites par Stricker et Albert, prouver avec certitude que l'injection d'une quantité modérée d'amidon ne détermine pas d'état morbide notable dans le tissu pulmonaire. Cette

(1) Virchow's Archiv, 3 und, 5 Heft, 1862.

Digitized by Google

même substance injectée en très-grande quantité peut-elle produire une altération sérieuse des poumons? C'est ce que je ne saurais dire. Dans toutes mes expériences sur la résorption, l'amidon m'a toujours paru être une substance indifférente, ne déterminant aucune irritation spécifique sur les tissus, et de plus, mes recherches m'ont appris où et comment il faut rechercher les grains d'amidon dans l'organisme, lorsque cette substance a été introduite dans le système veineux.

Je passe maintenant à la relation des expériences qui ont trait à la résorption même, et pour lesquelles j'ai également eu recours à l'amidon. C'est la cavité abdominale que, me basant sur les expériences antérieures de Recklinghausen, j'ai choisie pour introduire l'amidon dans la circulation, en supposant cette introduction possible, ainsi que le tissu cellulaire sus-cutané qui, il est vrai, devait être considéré sous ce rapport comme un terrain complétement inconnu. Dans les deux séries d'expériences que je vais relater maintenant, j'ai employé le lait d'amidon (amidon suspendu dans l'eau) tantôt incolore, tantôt bleui par l'iode.

(*La suite au prochain numéro*).

Digitized by Google

V

ÉTUDES ET OBSERVATIONS SUR LA SYPHILIS INFANTILE ET SUR UNE FORME SUSPECTE DE SYPHILIS CHEZ LES ENFANTS A LA MAMELLE

Par le Dr **GAÉTANO CASATI**

Médecin en chef de l'hôpital des enfants exposés et des femmes en couches de Milan

Traduit de l'italien, par le Dr Daniel MOLLIÈRE
Chef de clinique chirurgicale a l'Ecole de Lyon

(Extrait des *Annali universali di medicina.*)

La syphilis des nouveau-nés est infiniment moins bien connue que celle des adultes, et la différence d'âge amène une telle variété dans la forme extérieure, dans la marche et le développement de l'affection, qu'il en résulte beaucoup d'obscurité dans le diagnostic.

BOUCHUT.
(*Traité des maladies des nouveaux-nés*, Paris, 1862.)

Quoique je n'aie pas grand'chose à dire à ce sujet, je ne laisserai pas que d'exposer tout ce que j'ai pu observer, car dans une question encore si obscure, les moindres faits ne sont point à dédaigner.

MONTEGGIA.
(*Notes pratiques sur les maladies vénériennes.*)

Les médecins qui sont placés à la tête de ces hôpitaux où affluent un grand nombre de petits enfants dont on ignore l'origine ; ceux qui dans la pratique privée sont obligés de visiter des nouveau-nés dont il est difficile, voire même quelquefois impossible de connaître les anamnestiques, surtout en ce qui concerne l'état de la santé des parents, se trouvent souvent en présence d'altérations qui les mettent dans le plus grand embarras s'ils doivent se prononcer pour des lésions héréditaires ou acquises.

C'est ainsi que l'on vous demandera souvent sur quels signes on doit se baser pour affirmer qu'il n'y a pas de danger à confier un enfant à une nourrice, si cette dernière

Digitized by Google

a infecté son nourrisson ou bien a été infectée par lui. Souvent aussi le médecin est consulté par un mari désireux d'avoir des enfants et constamment trompé dans ses espérances. Déjà à trois ou quatre reprises sa femme a avorté, soit au troisième, soit au quatrième mois de sa grossesse, ou bien a accouché avant terme, ou encore l'enfant est toujours né mort ou a succombé immédiatement après sa naissance ou peu après. Cependant elle a pris durant toute sa grossesse les précautions les plus grandes pour la mener à bon terme, l'accouchement s'est passé dans les conditions les plus favorables, et l'enfant a été entouré de tous les soins possibles.

Aussi, l'homme de l'art appelé en pareille circonstance doit-il faire tous ses efforts pour arriver à un diagnostic exact et minutieux entre les diverses maladies que peut présenter l'enfant, en étudiant scrupuleusement leur symptomatologie, afin de rechercher toutes les causes qui ont pu, chez le père ou chez la mère, déterminer l'avortement, l'accouchement prématuré, ou la mort de l'enfant.

Parmi les maladies qui peuvent être transmises à l'enfant par voie d'hérédité et produire les accidents dont nous venons de parler, la syphilis vient à coup sûr en première ligne et, malgré tous les travaux dont elle vient d'être l'objet dans ces dernières années, la question n'en est pas moins toujours très-obscure surtout au point de vue du diagnostic, soit en ce qui concerne l'enfant, soit au sujet de l'action qu'elle peut avoir sur l'utérus en déterminant trop tôt les contractions de cet organe (avortement).

Je n'ai certes pas la prétention de donner dans cet article une monographie complète de la syphilis infantile et de l'influence que peut avoir le père ou la mère sur sa transmission, ainsi que des conditions dans lesquelles on doit se placer pour préserver l'enfant de cet héritage. Ces questions, qui ont été traitées à l'envi par tous les spécialis-

Digitized by Google

tes, m'entraîneraient trop en dehors du champ de mes recherches ; et, de plus, je ne saurais rien y apporter de bien nouveau. Je me bornerai donc à l'examen des divers symptômes que peut présenter la vérole quand elle se développe chez les enfants, m'efforçant d'établir les divers moyens qui permettent de la reconnaître. J'ajouterai ensuite quelques détails sur les résultats qui m'ont été fournis par les autopsies d'enfants syphilitiques, et je terminerai par quelques considérations sur les altérations spéciales que j'ai rencontrées sur le placenta de femmes syphilitiques.

Dans le courant de cette exposition je ne parlerai pas des travaux des divers auteurs, et ne ferai qu'exposer le résultat des observations répétées que j'ai pu faire dans le grand hôpital des femmes en couches et des enfants exposés de la ville de Milan. Je ne citerai donc que ceux dont les descriptions plus exactes que les miennes me paraîtront devoir être plus facilement comprises de mes lecteurs.

Ainsi mon travail comprendra quatre chapitres. Dans le premier j'étudierai les symptômes qui se manifestent tout d'abord, symptômes qui ne peuvent donner une certitude absolue, mais qui permettent de suspecter singulièrement l'enfant qui vous les présente.

Dans le second je parlerai des lésions qui dépendent évidemment de l'affection syphilitique.

Le troisième comprendra les résultats nécroscopiques, et dans un dernier et court paragraphe j'exposerai ce qu'on trouve sur le placenta, m'appliquant surtout à décrire les formes morbides non syphilitiques que le médecin peut confondre avec ces dernières.

Digitized by Google

CHAPITRE Ier.

Pour arriver à un diagnostic exact, si toutefois il est possible, car l'erreur est facile, il est indispensable de faire un examen minutieux du malade sur lequel on a à se prononcer. Dans bien des cas les commémoratifs sont un guide précieux et peuvent amener à la certitude. Mais cette ressource fait trop souvent défaut dans le cas qui nous occupe, à cause de la susceptibilité des parents qui répugnent à un pareil interrogatoire qu'on ne peut, du reste, leur faire subir que lorsqu'on est à peu près certain d'obtenir une réponse affirmative. Il résulte de cela que l'examen de l'enfant doit être des plus minutieux, et l'on doit suivre pour le pratiquer certaines règles tout à fait indispensables selon moi. Et d'abord on doit le pratiquer dans un lieu bien éclairé, à la lumière du jour autant que possible ; avec un éclairage insuffisant, ou à la lumière artificielle, certains signes délicats peuvent passer inaperçus ou se confondre avec d'autres dont la nature est toute différente. Nous devons passer en revue tout le corps de l'enfant ; il est, en effet, des symptômes qui échapperaient certainement à un examen moins complet.

L'enfant, dépouillé de tout vêtement, recouvert seulement par des langes plus ou moins épais suivant la saison, sera mis sur les bras d'une autre personne, qui le tiendra dans une position horizontale, en élevant légèrement la tête. Cette personne se placera à côté du médecin, de préférence à sa gauche, dans la direction de la lumière si faire se peut, c'est-à-dire près d'une fenêtre, ou d'une lampe si l'examen se faisait la nuit.

On commencera par l'examen de la tête, cherchant à voir si elle présente des croûtes, de l'alopécie, des éruptions eczémateuses, impétigineuses ou parasitaires, des ulcéra-

Digitized by Google

tions sur le cuir chevelu, des pustules ou des papules. On passera de là à la région frontale, siége d'élection des papules, aux yeux, qui peuvent présenter l'ophtalmie purulente ou l'iritis spécifique, qui sont plus rares, puis au nez, où on peut observer le coryza et l'ozène, finalement enfin à la bouche. Cette cavité doit arrêter d'une manière toute particulière l'attention du médecin. Les lèvres, les gencives, la langue, le palais, l'arrière-gorge, le pharynx, toute la surface muqueuse de la bouche en un mot, peut présenter des lésions syphilitiques plus ou moins limitées. Aussi après avoir examiné l'orifice externe fera-t-on son possible pour la faire ouvrir le plus largement qu'on pourra, et pour y arriver on fera pleurer l'enfant, ce qui n'est pas difficile, ou l'on abaissera de force la mâchoire inférieure. On peut aussi, dans le même but, comprimer légèrement les joues dans les points qui correspondent aux articulations temporo-maxillaires. Les ulcérations des commissures labiales sont très-fréquentes chez les enfants atteints de syphilis héréditaire ; on les retrouve aussi chez ceux qui ont contracté la maladie en tetant des nourrices infectées.

On passera ensuite à l'examen de la cavité buccale. La langue, le palais, la luette, sont les points où se développent en général les premiers symptômes de la maladie.

On devra donc tenir compte rigoureux de la coloration que présenteront la langue, les gencives, le palais, l'arrière-bouche. La rougeur est, en effet, le précurseur ordinaire des symptômes qui se développeront plus tard. Nous fixerons aussi notre attention sur l'état des papilles linguales, sur le plus ou moins de rudesse de l'organe, sur l'aspect de ses bords. On verra de plus s'il a déjà des dents, et s'il s'agit d'un nouveau-né, on regardera s'il n'existe pas un peu de rougeur au niveau de ces papules blanchâtres qui correspondent aux points d'ossification et de réunion des

Digitized by Google

maxillaires supérieurs et des palatins. Cherchez, s'il est possible, à savoir si l'enfant a eu le muguet ou s'il a séjourné pendant quelque temps avec d'autres enfants, car la rougeur peut aussi précéder l'apparition du muguet. Il faut en rechercher les traces avec soin, s'informer s'il y a eu ou s'il existe encore des signes d'entérite : diarrhée verdâtre, amaigrissement caractéristique de la face, yeux excavés. Un œil exercé s'y trompe difficilement.

Mais si le muguet remplit toute la bouche, l'examen sera d'une extrême difficulté, si toutefois il est possible; comment reconnaître la pustule cachée sous les parasites? Il faudra remettre son examen à un autre jour, et chercher, par des moyens appropriés, à faire disparaître le muguet, au moins partiellement, ce que l'on obtiendra sans peine s'il est idiopathique, s'il ne se relie pas à quelque autre maladie. Pour l'examen de l'arrière-gorge on aura recours à l'abaisse-langue. Je crois que pour des tissus aussi délicats on devra choisir un instrument d'or ou d'ivoire.

Une fois l'examen du visage et de ses diverses régions terminé, l'on a accompli la partie la plus difficile de sa tâche, et souvent il suffit au médecin pour asseoir d'une manière certaine son diagnostic. Viennent ensuite les aisselles, où l'on remarque presque toujours des ulcérations plus ou moins étendues, les mains, les doigts (onyxis, desquammation épidermique au niveau de la racine des ongles), enfin l'ombilic.

Une plaie persistante de l'ombilic, plaie inerte, sans suppuration, lorsque l'enfant compte déjà plusieurs jours de vie extra-utérine et que le cordon est tombé déjà depuis longtemps, est un signe tout à fait fâcheux. On pourra trouver des ulcérations plus ou moins profondes aux aines, aux organes génitaux, aux fesses, à l'anus, à la cuisse, autant de siéges d'élection des accidents syphilitiques. Mais pour qui veut regarder de plus près, il faut savoir si l'enfant n'a pas

Digitized by Google

la diarrhée, symptôme d'entérocolite, ou si le manque de soin et de propreté n'est pas la cause de cet érythème rouge et des ulcérations, que l'on peut facilement confondre avec des lésions syphilitiques auxquelles elles sont complétement étrangères. Aux molléoles, et en particulier sur la molléole interne, peuvent naître des ulcérations, des desquammations, de véritables petites plaies, que l'on peut observer aussi à la partie postérieure des talons. Elles sont dans les deux cas le résultat du décubitus dans lequel on laisse les enfants. Leurs talons frottent continuellement contre les drapeaux ou les langes, les deux chevilles sont perpétuellement en contact, s'irritent et s'ulcèrent mutuellement, et le médecin se trouve en présence d'ulcérations qu'il s'agit de distinguer de lésions à peu près identiques, mais qui reconnaissent une cause infectante. On terminera par l'examen des pieds, de leurs doigts, de leurs ongles. — Pour ce qui est de l'état général de l'enfant, on examinera la coloration de la peau, les variétés qu'elle peut présenter en certains points, l'induration dont elle peut être le siége. Il faudra tenir compte de la coexistence possible d'autres lésions ; de la force, la délicatesse, la maigreur du petit malade. Puis on observera l'état des voies respiratoires : la dyspnée, la toux, avec ses différents caractères. On notera si la voix est forte ou voilée, si l'aphonie est plus ou moins complète, la manière dont le lait est avalé ; on peut, en effet, le voir refluer par les fosses nasales alors que l'enfant accomplit la déglutition : il survient dans ce cas une toux intense et des accès de suffocation. On examinera le pouls et l'on se rendra compte par l'auscultation de l'état des poumons : la dyspnée peut, en effet, reconnaître pour cause quelque lésion de l'appareil circulatoire ou respiratoire (pneumonie, bronchite, péricardite ou endocardite); mais elle peut aussi être le résultat d'ulcérations syphilitiques du larynx, mais qui sont inaccessibles à la

Digitized by Google

vue, car l'application du laryngoscope est impossible chez le nouveau-né.

Passons maintenant en revue les diverses formes morbides en nous arrêtant de préférence aux plus importantes. La plupart des auteurs qui ont écrit sur la syphilis héréditaire insistent sur l'aspect chétif et misérable, sur l'aspect sénile des enfants dont les parents sont syphilitiques ; il m'est cependant arrivé bien souvent de voir de beaux enfants venir au monde en pleine santé malgré la syphilis de leurs parents, et quiconque a assisté à un certain nombre de naissances fera sans doute la même remarque. Il m'est arrivé souvent aussi de voir naître des fœtus macérés de mères infectées, mais ils étaient en tout semblables aux produits macérés que l'on voit expulser par des femmes saines, et provenant de pères également indemnes.

C'est dans ces circonstances que l'autopsie peut seule faire connaître quelquefois si la syphilis est la cause de la mort. On pourra le reconnaître à des lésions que nous décrirons plus loin.

Il est aussi d'autres formes morbides que peut présenter à sa naissance l'enfant né de parents infectés : le pemphigus, par exemple. Pour mon compte, je ne l'ai rencontré que cinq fois chez des enfants de femmes syphilitiques. Il occupe ordinairement la plante des pieds, la jambe, la paume des mains, il est rare de le rencontrer sur le tronc ou le visage, toujours il est discret, jamais confluent. Le contenu des bulles restées entières était purulent, elles résistèrent pendant deux ou trois jours avant de se rompre, et avant qu'elles aient eu le temps de s'ouvrir et de se dessécher, les enfants profondément excoriés avaient cessé de vivre. Chez l'un d'eux la mort survint une demi-heure après la naissance, chez un autre cinq quarts d'heures après, un troisième survécut quelques jours, l'autre enfant était mort-né. Chez les deux premiers, qui ne survécurent que si peu

Digitized by Google

de temps, et chez lesquels toutes les bulles étaient déjà ouvertes au moment de la naissance, l'autopsie, comme nous le verrons plus loin, me permit de constater une suppuration du thymus.—Ces cinq cas de pemphigus doivent, ce me semble, être considérés comme syphilitiques, la mère, dans les trois premiers cas, l'était manifestement; il est vrai que les signes manquaient chez les deux dernières lorsque j'ai pu les examiner. Je ne tiens pas compte des dénégations des malades, on sait trop quelle est la valeur de ces assertions au sujet d'une maladie qu'elles ont intérêt à cacher; mais ce qui confirme mon diagnostic de pemphigus syphilitique, c'est la suppuration du thymus que j'ai constatée dans les deux cas, altération que l'on considère comme l'une des plus fréquentes chez les nouveau-nés syphilitiques.

Je me bornerai donc à ces cinq cas de pemphigus syphilitiques des nouveau-nés, quoique j'en ai observé beaucoup d'autres chez les enfants syphilitiques ou suspects qui sont venus mourir dans cet hôpital. Ainsi, dans la seule année 1866, je trouve 36 cas de pemphigus, soit seul, soit coexistant avec d'autres lésions, sur 294 enfants déclarés suspects; sur 110 enfants syphilitiques, il est noté 10 fois. Mais chez ces 46 enfants l'éruption s'était manifestée un mois au moins après leur naissance, aussi n'ai-je pas cru devoir y réunir les 5 observations dont je viens de parler; si, en effet, les caractères qu'elles présentent n'entraînent pas la certitude, tout porte à croire cependant qu'il s'agit d'éruption de nature spécifique.

Je n'ai jamais observé les pustules noirâtres de Doublet (1), les pustules plates rouge brun, les pustules lenticulaires de Gibert, les taches pustuleuses du même auteur, les macules cuivrées, les pustules des grandes lèvres de

(1) *Essai sur les maladies vénériennes des nouveau-nés*. Paris, 1871.

Digitized by Google

Landman, ou les plaques muqueuses de Deville. Comme toutes ces altérations ont été décrites par des auteurs dignes de foi, elles doivent rester présentes à l'esprit du médecin, et pourront lui être d'un grand secours pour établir son diagnostic. C'est ainsi qu'une fois il m'a été donné de voir sur un enfant né d'une mère syphilitique, des macules d'une couleur rouge cuivre, qui siégeaient à la paume des mains, à la plante des pieds et sur les fesses. Elles étaient en tout semblables à celle que décrit Cooper (1).

(1) Bertin, *Traité des maladies vénériennes chez les nouveau-nés*, p. 100.

— *Annales médicales de la Flandre occidentale*, mars 1852, p. 410.

— *The Lancet*, t. IV. — Année 1825.

— *Oper. citat.* de Bertin, p. 99.

(*La suite au prochain numéro.*)

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE

JACQUES DE BÉTHENCOURT. — NOUVEAU CARÊME DE PÉNITENCE ET PURGATOIRE D'EXPIATION, ETC.

Traduit et annoté par A. Fournier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. — Paris, librairie de G. Masson, 1871. — Prix : 3 francs.

Il y a quelques mois à peine que le savant et studieux médecin de l'hôpital de Lourcine publiait un premier volume d'une *collection des anciens syphiligraphes*; et déjà nous sommes assez heureux pour en voir apparaître un second, qui sera, comme on nous l'annonce, incessamment suivi de bon nombre d'autres. Si le poëme de Frascator sur la syphilis était déjà connu par des traductions antérieures, il n'en était pas de même du *Nouveau carême de pénitence*, de Jacques de Béthencourt. A bon nombre de titres, cependant, ce livre méritait d'être tiré de l'oubli. Et nous ne saurions trop féliciter et remercier M. Fournier de consacrer ses rares loisirs à nous faire apprécier ces souvenirs du temps jadis, dans lesquels les amateurs de syphiligraphie peuvent trouver : des renseignements historiques sur l'origine et la propagation de la maladie qu'on appelait au XVIe siècle le *mal de Naples* ou le *mal français*; un exposé clinique assez étendu des principaux symptômes qui caractérisaient le mal à cette période, des aperçus doctrinaux (quelques-uns même très-remarquables) sur l'ensemble de la maladie, sur son évolution, sur sa physionomie, différente à ses diverses époques; sur le caractère variable de ses accidents, voire même de sa contagiosité suivant ses phases successives, etc.; des détails minutieux sur les divers remèdes qui étaient en faveur à cette époque, notamment sur le gaïac et le mercure, etc., etc., — toutes notions qui

Digitized by Google

peuvent utilement être appliquées et à l'histoire de la médecine en général et à celle de la syphilis en particulier.

L'opuscule de Jacques de Béthencourt porte un titre original : *Nouveau carême de pénitence et purgatoire d'expiation*, à l'usage des malades affectés du mal français ou mal vénérien ; ouvrage suivi d'un dialogue où le mercure et le gaïac exposent contradictoirement leurs vertus et leurs prétentions rivales à la guérison de ladite maladie. Ce titre excentrique répond à une série d'idées bizarres qui avaient cours à l'époque où écrivait cet auteur et qu'il développe dans son travail, idées qui sont très-bien mises en relief par M. Fournier, à savoir : — que le mal vénérien est un résultat de la débauche, une offense à Dieu, un péché de l'âme et du corps; — que tout péché n'est remis au pécheur et pardonné de Dieu qu'au prix d'une expiation; — que le *carême* sur cette terre ou le *purgatoire* dans l'autre monde sont les modes d'expiation offerts au pécheur par la divine Providence ; — qu'en conséquence, le mal vénérien ne peut être guéri que par une pénitence semblable, par une mortification du même ordre.

Or, cette mortification, notre auteur croit la trouver, soit dans la cure du gaïac, soit dans le traitement par le mercure. La cure du gaïac, imposant aux malades un jeune austère de quarante jours, constitue une sorte de « *carême de pénitence* » qui doit être essentiellement profitable à la purification du pécheur vénérien. Et, d'autre part, le traitement par le mercure, qui, avec une abstinence moins sévère, introduit dans le corps un vexatoire ennemi, semble être un « *purgatoire terrestre*, » éminemment propre à servir de supplice expiatoire. — De là le titre étrange donné à ce livre, titre qui demandait certes une explication pour être compris.

Ce titre, quelque fantastique qu'il soit, peut encore avoir

Digitized by Google

sa raison, si, en dehors de toute idée métaphysico-doctrinale, l'on se reporte à une époque encore peu éloignée de nous, où l'on faisait passer les vénériens par le traitement dit « de la casserole. » C'était alors le jeûne et le carême tout à la fois, les malheureux vérolés devant prendre du mercure à dose assez élevée pour qu'il provoquât une salivation abondante qui, si elle n'emportait pas toujours le principe toxique, emportait au moins, à coup sûr, leurs dents.

Mais, en dehors de ces billevesées, ce livre contient certaines parties vraiment remarquables, surtout si l'on se rappelle que Jacques de Béthencourt écrivait il y a trois siècles et demi.

Ainsi, non-seulement il considère le mal français comme une affection d'origine vénérienne et de nature contagieuse; mais, bien que pour lui ce mal dérive le plus habituellement, presque toujours même, du commerce vénérien, il peut aussi reconnaître pour cause « tout contact, quel qu'il soit, même un contact pudique et chaste ». « C'est ainsi, par exemple, continue-t-il, que les nourrissons sont infectés par leurs nourrices. On a cité de même l'exemple de personnes d'une vertu et d'une dévotion éprouvées, qui contractèrent la contagion en allant visiter, par charité, des malades ou des indigents. » Et plus loin : « C'est un mal, dit-il, que les enfants peuvent présenter comme un héritage de leurs ascendants. » Ailleurs, il précise, d'une manière très-formelle, que les premiers phénomènes qui succèdent à la contagion vénérienne, se manifestent toujours au lieu même où cette contagion s'est exercée ! « Si la contagion, dit-il, résulte du commerce vénérien (ce qui est le cas le plus habituel), les premiers symptômes de la maladie apparaissent toujours sur les organes génitaux, où se produisent des ulcères virulents et sanieux... Si la maladie a été contractée d'une autre

Digitized by Google

façon, indépendamment, par exemple, de tout rapport vénérien, des ulcères semblables se manifestent sur les parties qui ont été exposées à la contagion. C'est ainsi qu'on les voit se développer sur la bouche des nourrissons qui ont été infectés par leurs nourrices, etc... » Il ajoute ensuite : « Le mal vénérien est une diathèse..., se révélant à son début par des ulcères qui se produisent, soit sur les organes génitaux, soit sur les parties où la contagion s'est exercée, altérant ensuite les humeurs..., et se caractérisant alors par des éruptions, des tumeurs, des ulcères et des douleurs. »

Nous pourrions multiplier ces citations, mais celles qui précèdent témoignent hautement de l'esprit observateur et sagace de l'auteur dont l'œuvre vient d'être si brillamment remise au jour et commentée par M. Fournier.

On trouvera enfin, dans l'écrit de Jacques de Béthencourt, des indications précieuses au point de vue historique. A l'époque où il écrivait (1527), le mal français était généralement considéré comme une maladie d'origine toute moderne, toute récente. Ici il y a un doute important à éclairer. « D'après le dire de certains médecins, dit l'auteur, le mal aurait existé à une époque antérieure à la nôtre. Cette croyance n'a rien de fondé, elle ne repose sur aucun texte des vieux auteurs. Il est absolument certain que la maladie vénérienne n'a pris naissance parmi nous que depuis une trentaine d'années environ. »

Il ressort aussi de ce passage, qu'à cette époque comme aujourd'hui encore, l'origine de la syphilis était loin d'être élucidée. Si le témoignage de Béthencourt et celui des écrivains les plus compétents et les plus érudits de la même époque rattachent à l'époque moderne la première apparition de la syphilis en Europe, il en est d'autres qui soutiennent, non sans quelques sérieux arguments à l'appui, que la vérole est une maladie très-ancienne, ayant existé

Digitized by Google

dans l'antiquité, malgré le silence d'Hippocrate et de Galien. M. Fournier a adopté la première opinion, qui paraît aussi celle le plus généralement admise aujourd'hui. L'œuvre si brillamment commencée par notre éminent confrère aidera, du reste, en se complétant, à l'élucidation de ce problème historique, en permettant à tous ceux qu'intéressent ces questions de parcourir la collection des vieux syphiligraphes que le médecin de l'hôpital de Lourcine fait revivre et commente avec tant de vrai savoir et tant de charme pour les lecteurs.

A. Doyon.

Digitized by Google

REVUE DES JOURNAUX.

DE QUELQUES AFFECTIONS DES ONGLES

Par C. Hilton Fagge.

Les observations de l'auteur portent surtout sur les affections parasitaires et les affections syphilitiques des ongles.

Dans les premières (onychomycosis) on voit des végétaux parasitaires se développer dans deux conditions : la première qui est en même temps la plus fréquente, est celle où l'ongle n'est attaqué que coïncidemment avec le cuir chevelu et la peau du reste du corps ; c'est ce qu'on observe surtout dans le favus, mais quelquefois aussi dans la teigne tonsurante ou dans le porrigo decalvans. M. Hilton Fagge insiste à ce propos sur le mode de développement du favus qui, suivant lui, prendrait naissance dans la substance même de l'ongle, au lieu de s'observer dans le début au-dessous de cet organe qu'il traverserait ensuite graduellement et finirait par perforer, ainsi que le prétend M. Bazin. Les maladies parasitaires des ongles seuls sont bien plus rares ; Melztner et Virchow en ont observé quelques cas, mais après la mort. Neumann et l'auteur sont les seuls qui les aient rencontrées pendant la vie. La maladie est caractérisée par une mobilité et une friabilité normales de l'organe, qui se déforme et se sillonne de raies blanchâtres et surtout jaunes. Les fragments d'ongles examinés au microscope ont présenté des spores dont quelques-uns contenaient des points brillants à leur centre, et dont plusieurs se terminaient en tubes délicats; M. Fagge insiste sur les taches jaunes présentées par les ongles dans les cas d'onychomycosis, mais il ne s'en exagère

Digitized by Google

pas l'importance depuis qu'il en a vu d'analogues dans un cas de psoriasis et dans une affection hypertrophique des ongles d'étiologie obscure.

Les affections syphilitiques des ongles semblent être assez fréquentes, particulièrement à la période tertiaire. Le plus souvent le malade est affecté en même temps de psoriasis palmaire ou plantaire; les ongles sont dans ce cas dépolis, souvent épaissis, et prennent une teinte noirâtre; l'ongle peut même se détacher de sa base et ressembler à une masse irrégulière. L'auteur a employé dans ces cas le mercure associé à l'arsenic et semble avoir eu à s'en louer; il n'a jamais eu recours à des moyens chirurgicaux, ou du moins ne les mentionne pas.

En dehors de cette forme grave d'onyxis syphilitique, Beau, et plus tard MM. Hutchinson et Wilks ont signalé comme causés par les syphilis des sillons transversaux sans autre lésion apparente. Ces sillons se produisaient dans la période tertiaire, et M. Hutchinson en a observé chez un adulte un cas qu'il rattache à une syphilis héréditaire. M. Fagge a rencontré plusieurs fois cette lésion, mais il est porté à la rattacher plutôt à des maladies aiguës intercurrentes qu'a la syphilis; et il cite comme preuve de cette opinion un cas où ces sillons se sont produits en dehors de toute affection syphilitique et peu de temps après une scarlatine.

Le mémoire de M. Fagge se termine par l'observation curieuse d'une maladie des doigts et des ongles qu'il a cru devoir rapporter à l'élephantiasis des Grecs. Il s'agit d'une femme de 35 ans, de santé antérieure bonne et qui, quatre ans avant son entrée à l'hôpital, a commencé à éprouver des troubles dans la sensibilité des doigts, où l'on constata alternativement de l'anesthésie et des picotements avec douleurs lancinantes remontant jusque vers les coudes; la couleur de la peau changeait souvent et devenait tantôt

Digitized by Google

foncée, tantôt très-pâle. Ses ongles étaient douloureux, se détachaient de leur matrice non sans donner lieu à une suppuration assez abondante. Ses organes internes parurent parfaitement sains; la malade traitée par les toniques sortit de l'hôpital après un mois de séjour sans amélioration appréciable. (*Guy's Hospital Reports*, 1870,)

DE QUELQUES AFFECTIONS CUTANÉES SIMULÉES

Par C. Hilton Fagge.

Il s'agit, dans ce mémoire, de deux cas se rapportant aux gangrènes circonscrites de la peau, dont l'étiologie, bien qu'obscure, laisse peu de doute sur la nature artificielle de l'affection. Les sujets étaient deux jeunes femmes qui niaient toute application de substances irritantes; mais l'une d'elles présentait sur les mains des taches jaunâtres qu'on ne pouvait guère attribuer qu'à l'acide nitrique, et l'analogie des lésions observées dans le second cas a conduit M. Fagge à leur attribuer la même cause. Le principal caractère de ces lésions était leur polymorphisme; certains points de la peau présentaient simplement de l'érythème, d'autres des papules, des vésicules, d'autres enfin de véritables eschares, complétement insensibles. Le séjour à l'hôpital a suffi pour guérir complétement ces deux malades, qui conservèrent quelques cicatrices superficielles au niveau des portions de la peau que la gangrène avait atteintes. L'auteur rapproche de ces deux observations un cas observé à Guy's Hospital par M. Birkett; il s'agit d'une jeune fille qui présentait au sein droit une éruption d'aspect tuberculeux, rebelle à tous les traitements, et qu'on découvrit être produite par des applications de poudre de cantharide. (*British Medical Journal.*)

Dr H. Coutagne.

Digitized by Google

ÉTUDE SUR LES AMBLYOPIES ET LES AMAUROZES SYPHILITIQUES.

Par X. Galezowski.

Ce travail, inséré *in extenso* dans les *Archives générales de médecine* (1871), se termine par les conclusions suivantes :

« Après avoir étudié d'une manière très-détaillée les amblyopies et les amauroses syphilitiques au point de vue surtout de leurs localisations, nous sommes arrivés à des conclusions très-importantes pour le diagnostic et le traitement de ces maladies, que nous résumons dans les aphorismes suivants :

« 1° La rétinite et la névrite syphilitiques peuvent exister sans altérations de la choroïde, le plus souvent sous forme de rétinite apoplectique et exsudative, mais ces cas ne sont qu'exceptionnels.

« 2° La rétinite syphilitique ne présente pas de signes pathognomoniques d'après lesquels on puisse la différencier d'autres rétinités.

« 3° Mais si la rétinite ou la névrite optique sont accompagnées d'une iritis ou d'une choroïdite avec ou sans flocons du corps vitré, il y n'a alors point de doute que l'affection est syphilitique. L'expérience m'a démontré qu'aucune autre affection, à part le glaucôme, ne peut donner lieu simultanément aux apoplexies rétiniennes et à l'iritis ou choroïdite.

« 4° Les troubles de la faculté chromatique sont constants dans ses deux formes d'altérations oculaires, et surtout dans la névrite optique.

« 5° Le traitement le plus efficace de ces maladies est celui par l'iodure de potassium et le sublimé portés à de très-hautes doses.

« 6° La choroïdite syphilitique est une des formes les

Digitized by Google

plus fréquentes parmi les amblyopies et les amauroses syphylitiques. Les signes de cette choroïdite sont très-caractéristiques et je dirai même pathognomoniques de la syphilis. Ces signes sont: — 1) Trouble ou perte de la vue arrivant par accès ou crises, souvent à des intervalles très-longs; — 2) nuage sous forme de toile d'araignée flottant constamment devant les yeux; — 3) photopsies très-fréquentes; — 4) photophobie; — 5) hémerallopie à une période plus avancée de la maladie; — 6) conservation pendant longtemps de la vision centrale avec diminution du champ périphérique; — 7) papille nuageuse; — 8) rétinite pigmentaire se déclarant à une période plus avancée de la maladie; — 9) atrophie des vaisseaux centraux de la papille avec conservation de la teinte rosée, due aux vaisseaux cérébraux ou nourriciers du nerf optique.

« 7° La rétinite pigmentaire se développe très-souvent à la suite d'une choroïdite syphilitique.

« 8° Les taches pigmentaires syphilitiques se déposent le long des vaisseaux rétiniens; mais elles forment en outre des amas circulaires, circinés, en forme de cercles d'herpés circiné.

« 9° La rétinite pigmentaire syphilitique acquise ne diffère de la rétinite pigmentaire congénitale, notamment de celle que l'on attribuait jusqu'à présent à la cause de consanguinité des parents, que par la forme circulaire des taches pigmentaires.

« 10° La rétinite pigmentaire congénitale est une affection syphilitique héréditaire.

« 11° La rétinite pigmentaire congénitale doit être combattue dès l'enfance par un traitement mercuriel ou ioduré. Passé un certain âge, on ne peut plus arrêter les progrès de la maladie, qui devient progressive et amène, dans un âge plus ou moins avancé de l'individu, la perte de la vue.

Digitized by Google

« 12° Les enfants nés de parents syphilitiques devraient être soumis, dès leur naissance, à l'examen ophthalmoscopique, et la rétinite une fois reconnue, on doit agir d'après les indications ci-dessus mentionnées. » (*Archives générales de médecine*, janvier, février, mars 1871.)

SUR UN CAS DE GUÉRISON SPONTANÉE DE BLENNORRHAGIE CHRONIQUE

par le docteur LEDEGANCK, de Bruxelles.

Il s'agit d'un malade atteint de blennorrhagie qui, après avoir résisté pendant longtemps aux traitements les plus variés, guérit spontanément le sixième mois par suite de l'apparition d'un herpès prépatial qui, grâce à la malpropreté des parties, avait pris la forme ulcéreuse. L'auteur fait remarquer que depuis un mois et demi le malade, découragé de l'insuccès des médications antérieures, avait renoncé à tout traitement et même aux prescriptions hygiéniques les plus élémentaires.

Les ulcérations herpétiques parurent avoir dans ce cas exercé une influence dérivative sur l'inflammation de la muqueuse uréthrale. Elles se cicatrisèrent du reste en quelques jours à l'aide de soins de propreté et d'un pansement simple. La guérison de l'écoulement se maintint d'une manière définitive.

L'auteur fait avec raison observer qu'il serait peut-être hasardé de tirer de cette observation une déduction pratique quelconque, mais que dans certains cas il peut y avoir avantage à produire l'irritation substitutive, dans le voisinage de la muqueuse affectée. (*Presse médicale belge*, 2 *juillet* 1871.)

Digitized by Google

INFLAMMATION BLENNORRHAGIQUE DU CORDON SPERMATIQUE SANS ORCHITE.

Le malade, âgé de 46 ans, bien portant, a contracté la blennorrhagie il y a trois mois; le traitement consista en injections d'une faible solution de sulfate de zinc; une fièvre typhoïde intercurrente fit suspendre les injections; après la convalescence de celle-ci, l'écoulement persista sans que le malade s'en préoccupât; le 10 mars, pendant un fort accès de toux, il ressentit, dans la moitié droite du scrotum, une violente douleur, qui ne fit que croître et s'accompagna de vomissements, de constipation et de fièvre. Il entre à l'hôpital le 15.

Le malade est dirigé sur une division de fiévreux; le ventre est ballonné; dans la région inguinale droite, on trouve une tumeur cylindrique commençant à l'anneau inguinal externe et se perdant dans le scrotum; la tumeur est située sur le trajet du cordon; le testicule et l'épididyme sont intacts, non douloureux, ainsi que le canal déférent qui s'enfonce brusquement dans la tumeur; la peau a sa couleur normale, mais elle est très-chaude, adhérente au tissu sous-jacent et sensible au moindre contact. La tumeur a six centimètres de longueur, deux de largeur, est dure au toucher; les mouvements de la hanche droite et les accès de toux provoquent des douleurs; celles-ci sont quelquefois spontanées (sentiment de pression insupportable); pouls très-fréquent, température élevée, soif, constipation, inappétence complète et prostration. Écoulement peu abondant, érection légère, miction normale; en dehors de la tumeur, quelques ganglions lymphatiques un peu engorgés.

On pouvait donc croire à l'existence d'une hernie : *la tumeur avait apparu à la suite d'un accès de toux;* le malade vomissait, était constipé depuis plusieurs jours;

Digitized by Google

il avait même eu du hoquet, le soir de son entrée; on applique de la glace sur la tumeur et, plus tard, comme la douleur ne disparaissait pas, dix sangsues.

Le 16 mars, les douleurs ont cessé, la tumeur est encore sensible, mais moins que la veille; le hoquet a cessé au bout de quelques heures, les vomissements n'ont pas reparu, la constipation persiste; une infusion de séné amène des selles copieuses; le passage de l'intestin est libre. Le malade n'avait donc pas de hernie, mais bien une inflammation du cordon spermatique avec épanchement dans la cavité de ses enveloppes (comme l'hydrocèle complique l'épididymite), avec infiltration du tissu cellulaire; on s'explique ainsi la forme de la tumeur et son adhérence à la peau. La marche de la maladie justifia ce diagnostic; l'état général devint meilleur, la tumeur disparut peu à peu; il ne resta qu'un cordon dur, qui se confondait sans démarcation précise avec le cordon et se perdait dans le canal inguinal; le malade sortit le 30 mars.

(*Wiener medizinische Presse.*)

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LES INJECTIONS HYPODERMIQUES DE SUBLIMÉ CORROSIF

Par R. W. Taylor.

Le docteur W. Taylor a présenté à la Société dermatologique de New-York le résultat de ses observations sur le *traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de sublimé corrosif;* nous reproduisons ici les conclusions de ce travail. Les faits que nous avons nous-mêmes observés et ceux que M. le docteur Diday a récemment présentés à la Société de médecine de Lyon viennent en grande partie confirmer les assertions de notre confrère américain. C'est une question qui n'est pas encore résolue

Digitized by Google

d'une manière definitive; nous ne croyons pas que cette méthode soit appelée à remplacer celles usitées jusqu'ici pour l'administration des mercuriaux; mais, dans certains cas cependant, on doit de préférence y avoir recours, surtout quand les accidents syphilitiques réclament une rapide et énergique intervention thérapeutique.

1° L'emploi du bi-chlorure de mercure en injections hypodermiques constitue une méthode de traitement offrant certains avantages, mais qui reste, pour diverses raisons, d'une application limitée.

2° Il est utile dans toute la période secondaire de la syphilis, dans la roséole et dans les différentes syphilides papuleuses, dans la variété de syphilide pustuleuse qui n'a que peu de tendance à la formation du pus.

3° Il guérit très-rapidement toutes les névroses syphilitiques, et son intervention est très-salutaire dans la cachexie syphilitique accompagnée ou non de lésions appréciables.

4° Il ne présente aucun avantage sur les autres modes d'administration du mercure dans le traitement des plaques muqueuses et des condylômes plats; ces lésions cèdent plus rapidement à une médication locale qu'à aucun traitement constitutionnel, et on ne doit pas le conseiller dans les lésions syphilitiques du système nerveux et des os, surtout si elles sont tardives.

5° Les lésions syphilitiques tertiaires très-précoces, pourvu qu'elles ne présentent pas un caractère ulcéreux, sont très-favorablement modifiées par cette méthode; et, par l'administration simultanée de l'iodure de potassium à l'intérieur, on obtient une guérison plus rapide que si l'on donne ces deux médicaments à l'intérieur.

6° Les avantages particuliers de ce traitement sont : la

Digitized by Google

petite quantité de mercure employée, la rapidité d'action et l'absence de troubles dans l'économie.

7° Une très-faible proportion de mercure, variant de deux à trois grains, ainsi administrée, suffit à amener la disparition de lésions syphilitiques très-étendues et l'atténuation de symptômes très-graves.

8° Dans le plus grand nombre des cas, une injection tous les deux jours, d'un huitième de grain de bi-chlorure de mercure produira une guérison en un peu moins de deux mois, et dans des circonstances très-urgentes, la médication pourra être plus active, et on peut, avec de bons résultats, faire une ou deux injections chaque jour.

9° La rapidité de la guérison est la règle bien plus que l'exception, et l'on peut évaluer le temps qu'elle exige entre quatre semaines et deux mois.

10° Quand les injections sont faites tous les deux jours, il est très-rare d'observer les effets nuisibles du mercure sur l'économie, et même, lorsqu'elles sont plus fréquentes, ces accidents ne sont jamais aussi graves que quand le mercure est administré à l'intérieur dans la même proportion.

11° Les récidives après ce traitement sont aussi fréquentes, aussi rapides et aussi graves que dans les autres modes d'administration du mercure.

12° Les effets locaux désagréables des injections sont : la douleur de la piqûre et, au point injecté, l'induration du tissu conjonctif et les abcès.

13° Dans bon nombre de cas, la douleur est très-légère et disparaît promptement; mais, dans d'autres circonstances, elle est assez forte et assez persistante pour nécessiter la cessation du traitement; et, dans tous les cas, des effets locaux plus ou moins pénibles sont le résultat de l'emploi des injections.

14° Dans des cas exceptionnels, les injections provoquent

Digitized by Google

une légère inflammation dans le tissu cellulaire sous-cutané, et, par suite, une induration prononcée des couches profondes du derme; et, quant aux complications qui pourraient peut-être résulter de ce dernier état, il y a tout avantage à interrompre les injections dans ces cas.

15° Cette induration ne présente souvent qu'un caractère essentiellement éphémère.

16° Si en pratiquant les injections, on prend les précautions convenables, les abcès surviendront rarement ou peut-être jamais.

17° Il est indispensable que le malade soit en même temps intelligent et tout à fait convaincu de la gravité de son affection, afin qu'il soit à même de se rendre compte des avantages qui doivent être la conséquence de ce mode de traitement; autrement, il ne se soumettrait pas aux inconvénients qui arrivent inévitablement dans le cours du traitement.

18° Dans les dispensaires et les hôpitaux, on peut facilement avoir recours aux injections, tandis que, dans la pratique particulière, l'exiguité des ressources pécuniaires des malades peut souvent être un obstacle à la continuation du traitement.

Enfin, si dans certains cas, cette médication peut donner des résultats avantageux en raison de la rapidité de son action, et dans d'autres, à cause des faibles doses que l'on emploie, les inconvénients qu'elle détermine, les objections des malades et la présence de lésions contre-indiquant son emploi, restreignent la sphère de son utilité à des limites rès-étroites. (New-York, *Medical Gazette*, 13 mai 1871.)

Digitized by Google

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

1871. — N° 3.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Th. Simon. — Exanthème prodromique de la variole.

A. Ljunggrén. — Sur la syphilis du cerveau et du système nerveux.

H. Auspitz.— Sur la résorption des matières non dissoutes par l'épiderme.

M. Kohn. — Étiologie de l'érythème multiforme et de l'herpès iris, etc.

Geigel. — Étude sur l'histoire de la syphilis.

N° 4.

A. Gay. — Pathologie des glandes sudoripares.

L. Fleischmann. — Sur la variole et les inoculations varicelliques.

H. Kobner. — Transmission de la syphilis par la vaccination.

A. Ljunggrén. — Sur la syphilis du cerveau et du système nerveux (*suite*).

Th. Simon. — Étude sur la syphilis viscérale.

1872. — N° 1.

J. Pincus. — L'influence du pigment pileux et du canal médullaire sur la coloration du poil.

Digitized by Google

TH. SIMON. — Sur les nævus des nerfs.

KAPOSI (Moriz Kohn). — Nouveau tribut à l'étude du lupus érythémateux.

SCHUSTER. — Trois cas d'éruption cutanée spéciale. Observation de l'hôpital de Hambourg.

LOTHAR MEYER. — Tribut à l'étude des exanthèmes prodromiques de la variole.

Sur un signe caractéristique du sang des syphilitiques.

Giornale italiano delle malattie veneree et delle malattie della pelle.

(N° d'avril 1872.)

GAMBERINI. — Lymphome de la face observé à la clinique des maladies cutanées de Bologne.

PIRROCHI et PORLEZZA. — Contribution au traitement de la syphilis par des injections hyp. de calomel.

GAMBA, BONGIOVANNI et GOZZANI. — Tableau statistique des maladies traitées dans la syphilicôme (division des femmes) de Turin, pendant l'année 1871.

VERARDINI. — Nouvelle lancette pour l'inoculation du vaccin animal.

Remarques sur les maladies cutanées ou simulées ou hystériques, par Startin. (*British medical*, janv. 70.)

Mélanose de la peau et du tissu aréolaire, par Gross. (*American Journal of the Med. Sc.*, janv. 70.)

Ulcération syphilitique du larynx, par Gross. (*American Journal of the Med. Sc.*, janv. 70.)

De l'emploi des irrigations ou des instillations médicamenteuses dans l'urètre, pour combattre la blennorrhagie

Digitized by Google

aiguë et chronique et la cystite du col. — Cas curieux de phimosis congénital guéri par des chancres, par Guyon. (*Journal de méd. et de chir. pratiques*, fév. 70.)

Étiologie et traitement du prurigo de l'anus par Bazin. (*Journal de méd. et de chir. pratiques*, janv. 70.)

Note sur le traitement de l'uréthrite aiguë par Castex. (*Recueil de mémoires de médecine et de chir. militaires*, avril 70.)

Uréthrite; orchite droite; débridement de l'albuginée; abcès du testicule; gangrène et élimination en masse de la substance testiculaire, par Beaunis. (*Gazette méd. de Strasbourg*, avril 70.)

Du clou de Biskra, par Alix. (*Recueil de mémoires de méd. et de chir. militaires*, fév. 70.)

Quelques modes de traitement de l'orchite aiguë, par le docteur Paquelin (Thèses de Paris, 1870).

Caractères diagnostiques des plaques muqueuses de la peau, par le docteur Gieure (Thèses de Paris, 1870).

De l'œdème scléreuse et syphilitique de la vulve, par le docteur Desjardins (Thèses de Paris, 1870).

De l'influence des maladies aiguës, sur les diathèses, par le docteur Garrigue (Thèses de Paris, 1870).

Essai sur la phthisie syphilitique, par le docteur Lacaze (Thèses de Paris, 1870).

Des syphilides tertiaires, par le docteur Nottin (Thèses de Paris, 1870).

Des troubles de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis, et notamment de l'analgésie syphilitique, par le docteur Moustapha Faid (Thèses de Paris, 1870).

Étude comparative des chancres, (chancre simple et

Digitized by Google

chancre syphilitique,) par le docteur Salem (Thèses de Paris, 1870).

Sul posto che meritano in dermatologia le papule e le placche sifilitiche delle membrane muccose, par G. Profeta (*Osservatore medico*, 1871).

Étude symptomatologique comparative des manifestations cutanées de la dartre, de la scrofule et de la syphilis, par le docteur Guibout (*Union médicale*, 1870).

Note sur un cas de gomme syphilitique nerveuse, cinquante-cinq ans après le début de l'infection, par le docteur Alfred Fournier (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1870).

Note sur certains cas curieux de boulimie et de polydipsie d'origine syphilitique, par le docteur Alfred Fournier (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1871).

Étude sur les amblyopies et les amauroses syphilitiques, par le docteur Galezowski (*Archives générales de médecine*, 1871).

Tumeurs gommeuses de la région inguinale, par le professeur Verneuil (*Archives générales de médecine*, octobre 1871).

Herpétisme utérin ou affections herpétiformes de l'utérus, par le docteur Noël Guéneau de Bussy (*ibid.*).

Diagnostic général sur le *chancre syphilitique*, par M. Fournier (*Union médicale de Paris*, n°s 57, 58, 59, 63, 187).

Traitement de la syphilis constitutionnelle par les suppositoires mercuriels, par Rosemberg (*Berl. klin. Wochensch.*)

Cas d'enflammation gonorrhéique du cordon sans inflammation simultanée du testicule, par E. Kohn. (*Wiener medic. Presse.*)

Digitized by Google

Traitement de la syphilis constitutionnelle par les suppositoires mercuriels, par Lebert (*Berl. klin. Wochensch*).

Transmission de la syphilis par vaccination, par Müller *Berl. klin. Woch.*).

Étude sur les affections syphilitiques des articulations des doigts, par Risel (tiré de la clinique du prof. Volkmann) (*Berl. klin. Woch.*)

AVIS DE LA LIBRAIRIE DE G. MASSON.

Il paraîtra, à dater du mois de janvier 1873, à la librairie de G. Masson, un recueil publié sous la direction du docteur G. Hayem, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et ayant pour titre : **Revue trimestrielle des Sciences médicales en France et à l'Étranger.**

Le but de cette publication est de présenter un résumé analytique et critique des principaux travaux qui se produisent tant en France qu'à l'étranger, soit dans les journaux, soit sous forme de brochures ou de volumes.

Le premier numéro devant contenir les derniers travaux de l'année 1872, on est prié de vouloir bien adresser dès maintenant tout ce qui peut intéresser la rédaction (journaux, livres, brochures), au nom de *M. le docteur Hayem, à la librairie de G. Masson.*

Clichy. — Imp. Paul Dupont et Cie, rue du Bac-d'Asnières, 12.

Digitized by Google

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

Hôpital Saint-Louis. — M. Hillairet.

SCLÉRÈME DES ADULTES.

Leçon recueillie par M. Daniel PASTURAUD, interne des hôpitaux.

Messieurs,

J'ai l'intention de vous parler aujourd'hui d'une malade couchée au n° 19 de notre salle Henri IV, qui est atteinte d'une affection mal connue et étudiée seulement depuis ces dernières années. Cette affection, c'est le sclérème des adultes ou sclérodermie (Gintrac), qui, comme je vous le dirai, a reçu d'autres dénominations. Mais avant de faire devant vous l'étude du sclérème en général, permettez-moi de vous dire l'histoire de la malade que vous venez d'examiner. L'observation présente, avec toutes celles qui

Digitized by Google

ont été publiées jusqu'à ce jour, quelques différences que je vous signalerai à mesure qu'elles se présenteront.

Cette malade, âgée de 17 ans, est d'un tempérament lympathico-nerveux; constitution moyenne, d'une assez bonne santé habituelle; elle est cependant sujette à des migraines, occasionnées par son état (repasseuse); elle accuse aussi des palpitations de cœur et un peu d'essoufflement à la marche. — Elle est habituellement pâle. — Ses parents sont également d'une bonne santé. — Cependant, sa mère, blanchisseuse, est aussi sujette aux migraines et aux maux d'estomac; sa sœur est chloro-anémique.

Cette malade, réglée à 11 ans, l'a été depuis assez régulièrement, bien que l'écoulement soit médiocre et ne dure habituellement que trois jours. — C'est pendant ces époques surtout qu'elle a la migraine et parfois des vomissements, mais jamais elle n'a éprouvé de douleurs de reins et de bas-ventre qui l'aient obligée à prendre du repos. — Malgré une habitation humide et son métier qui l'expose à des refroidissements, elle n'a jamais eu de rhumatisme ni autre maladie.

Il ya quatre mois, au milieu de ses règles qui se supprimèrent sous l'influence d'une émotion morale vive, elle a été prise subitement d'un peu de fatigue, et peu après elle a vu survenir sur le poignet droit, au niveau de l'articulation radio-carpienne et à la face dorsale, une coloration gris-noirâtre de la peau avec état fendillé et rugueux, dans la largeur de quatre centimètres de diamètre environ. En même temps se montrait, au pli du bras droit, une tache très-allongée; de même et successivement au cou, au poignet gauche, au pli du bras gauche, aux genoux (au niveau du bord externe des rotules), à la face antérieure de l'articulation tibio-tarsienne des deux membres inférieurs.

Pendant ce temps, elle a senti sa peau se durcir; ses bras se trouvaient comme serrés par cette induration, mais pas de manière à la gêner, car elle dit que si elle

Digitized by Google

n'avait pas aperçu les taches elle n'aurait point eu l'idée que sa peau fût malade. — Des deux bras, qui furent pris presque simultanément, l'induration s'est portée sur la peau de la poitrine le lendemain et les jours suivants, puis au cou, à la face, mais là avec une intensité médiocre, car les lèvres n'étaient point indurées et les traits conservaient leur mobilité.— De ces régions, l'induration s'est étendue vers le ventre et les membres inférieurs, où la peau était comme celle de la face, moins collée aux parties sous-jacentes pour tant que celle des bras et de la poitrine.

La malade n'a jamais eu ni démangeaisons, ni frissons, ni fièvre ; parfois, cependant, depuis qu'elle est malade, elle a eu un peu la bouche pâteuse, amère, mais pas d'anorexie. Elle n'accuse aucune douleur ; les règles ont continué à venir comme précédemment et elle avait peut-être moins de céphalalgie qu'avant le début de la maladie.

Jusqu'à ce jour, le traitement a consisté en tisanes amères et en boissons diurétiques.

A son entrée le 24 mai à l'hôpital Saint-Louis, la peau avait conservé sa dureté qui n'avait fait qu'augmenter depuis quatre mois, malgré les moyens employés pour la combattre. — Elle ne se plaignait, du reste, d'aucun autre malaise. Depuis son entrée l'usage d'un bain de vapeur suivi de massage sur tout le corps a amené un peu moins de tension de la peau.

28 *mai.* — *Etat actuel :* La malade est calme dans son lit ; elle conserve le décubitus dorsal le plus habituellement ; le facies n'exprime nullement la douleur ; les traits ne sont point déformés et ils ont encore un peu de mobilité et de l'expression. — Rien de changé du côté des yeux. — Au toucher sur les joues, la peau conserve un peu de dureté, mais les lèvres, ainsi que le nez, les paupières et la peau du front, ont à peu près leur souplesse normale.

Il en est de même des oreilles, mais à partir de la région

Digitized by Google

parotidienne de chaque côté et en allant sous la région maxillaire, la peau est dure, comme accolée sur les parties sous-jacentes et semble un peu amincie. — Sur toute la circonférence du cou, en avant, en arrière et sur les côtés, l'*induration* est des plus marquées ; — sur la partie antérieure de la poitrine cette induration comprime à ce point les seins, qui sont d'ailleurs peu développés, qu'elle leur donne une dureté inusitée et occasionne une saillie extraordinaire de l'auréole du mamelon qui semble faire hernie. — Sur le dos et les épaules, la peau n'a aucune souplesse et ne peut être plissée. Il en est de même sur les bras où le tégument externe est encore plus rigide ; mais, sur la partie antérieure du ventre et aux cuisses cette rigidité est beaucoup moindre ; la peau est un peu pâteuse ; aux fesses, au contraire, elle est indurée, très-épaisse, ne pouvant être pincée, mais ne conservant en aucune façon l'impression du doigt.

Le cuir chevelu et les cheveux présentent leur état normal.

Les *taches* grises, noirâtres, comme sales, qui siégent aux poignets (face dorsale des articulations radio-carpiennes des deux côtés) présentent une surface ayant environ quatre centimètres de diamètre. — Au pli du bras la longueur est d'environ neuf centimètres sur un centimètre et demi de large ; — à la face antérieure du cou la tache n'occupe qu'une surface linéaire au niveau d'une plicature de la peau ; à la partie postérieure et inférieure de l'articulation de l'épaule, elle s'enfonce dans l'aisselle.

Aux genoux et au niveau des articulations tibio-tarsiennes cette coloration est beaucoup moins prononcée ; elle est comme disséminée sur une plus grande surface qui est moins rugueuse A la loupe ces taches sont formées d'une multitude d'élevures papillaires, rangées en séries linéaires, très-rapprochées, en quelque sorte juxtaposées, recouvertes

Digitized by Google

d'un épithélium altéré, épais, donnant la coloration noire des taches. — Cette disposition est la même partout où siégent ces altérations de la peau ; sur le reste du corps l'enveloppe cutanée a conservé sa coloration parfaitement normale.

Chose très-intéressante : au niveau des articulations radio-carpiennes et tibio-tarsiennes, l'induration cesse brusquement, de telle sorte que la peau a sur les mains et sur les pieds sa souplesse normale.— Aussi la malade n'accuse-t-elle aucune rigidité ni aucune douleur dans les mouvements de ces organes.— Il n'en est pas tout à fait de même aux bras, les mouvements de flexion se font parfaitement, mais l'extension est très-limitée.

La sensibilité est parfaitement conservée dans toutes les parties du corps.

La température de la peau est assez élevée, 40° 3 dans l'aisselle, avec moiteur sur la poitrine, mais on doit attribuer cette chaleur à l'état fébrile actuel, car la malade est atteinte d'une angine. — La langue est molle, humide, très-souple et très-mobile.

La malade n'ouvre la bouche qu'incomplétement, ce qui rend même dans la circonstance l'examen de la gorge assez difficile.

Du reste, pas de douleurs d'estomac, un peu d'anorexie et une soif assez vive.

Le foie a son volume normal.

Constipation depuis quelques jours.

La respiration est parfois un peu fréquente, mais sans gêne notable. — La poitrine a sa résonnance normale et on ne trouve rien à l'auscultation. — Pas de voussure précordiale. — L'impulsion du cœur est un peu vive, le choc de la pointe un peu éclatant. — Les battements sont très-fréquents. — Les bruits du cœur sont normaux, accompa-

Digitized by Google

gnés d'un bruit de souffle au premier temps, très-moelleux, avec maximum d'intensité à la base.

Dans les vaisseaux du cou existe un bruit de souffle continu, intense et à double courant.

Le pouls est à 116, petit et très-dépressible (état anormal causé par l'angine); un peu de céphalalgie; rien du reste à noter du côté du système nerveux.

Le traitement institué momentanément se compose d'un gargarisme orge-miellé et d'un lavement huileux.

29 *mai.* — La malade a vu son malaise diminuer ; son mal de gorge est beaucoup moins fort.

Le pouls est à 112.

La température dans l'aisselle 38° 2.

30 *mai.* — Malaise et mal de gorge complétement disparus.

Le pouls est à 104.

La température dans l'aisselle 38°.

1er *juin.* — Même état.

Le pouls est à 104.

La température à 37° 8.

On ordonne de nouveau les bains de vapeur et le massage.

6 *juin.* — Pouls à 90.

Température à 37° 5.

L'induration des bras a diminué.

15 *juin.* — L'état général de la malade est satisfaisant. Après un bain de vapeur et le massage de ce matin, l'induration de la peau paraît plus grande. Cette induration présente évidemment des alternatives de recrudescence et d'amélioration. La transpiration se fait bien.

17 *juin.* — La malade a passé une assez mauvaise nuit, très-agitée, troublée par des rêves ; névralgie faciale pendant la nuit. Appétit conservé, pouls à 100, température 37° 5.

Digitized by Google

25 *juin*. — Jusqu'à ce jour la malade a présenté à peu près le même état. Ce matin la peau des bras semble être moins indurée, mais celle du cou et du dos n'offre pas de changement notable. La malade a toujours très-bon appétit et ne se plaint d'aucun dérangement. Les taches grisâtres qui siégeaient au niveau des articulations sont presque complétement disparues sous l'influence des bains de vapeur et du massage.

29 *juin*. — Même état de l'induration cutanée et de la santé générale. La malade accuse un retard menstruel de 15 jours, sur les époques précédentes. Pouls à 88, température 37°21.

1er *juillet*. — Même état. Les règles n'ont pas encore paru.

3 *juillet*. — Apparition des règles. Même état du côté de la peau : les taches sont de plus en plus effacées au niveau des plis articulaires, cependant il reste encore par places des rugosités qui présentent quelques analogies avec le lichen hypertrophique. Appétit conservé.

L'état de la malade était toujours le même, lorsque, vers la fin du mois de septembre 1870, quelques jours après l'investissement de Paris, elle fut prise de la variole. Les boutons apparurent le 1er novembre. L'éruption était discrète, la peau *paraissait un peu moins dure*, ce qui fit espérer un instant une amélioration du sclérème. La maladie suivit la marche d'une varioloïde régulière, avec dessication cornée. Le 11 novembre le sclérème présentait la même dureté qu'auparavant.

Tout l'hiver se passa sans que la malade présentât le moindre accident. Mais vers la fin du siége elle voulut sortir de l'hôpital pour retourner vivre chez une de ses amies. Bientôt, par suite des souffrances que des privations de toute sorte lui firent endurer, elle fut prise de toux, de gêne de la respiration, d'état fébrile, et se décida à rentrer

Digitized by Google

de nouveau à l'hôpital où je constatai une double pleurésie aiguë de nature tuberculeuse avec fièvre, amaigrissement rapide, vomissements incoercibles. Elle s'affaiblissait rapidement et n'aurait pas tardé à succomber, lorsque ses parents, pouvant pénétrer dans Paris, vinrent la chercher et l'emmenèrent dans leur pays (Seine-et-Oise) où elle ne tarda pas à mourir.

Dans cette observation, entre autres particularités intéressantes, je vous prie de remarquer que les mains, les pieds et surtout les grandes lèvres ne sont nullement indurés. Elle diffère sur ce point du fait rapporté par M. Bouchut en 1847, dans lequel la peau des parties génitales était indurée et les érections étaient sinon impossibles, du moins très-difficiles et très-douloureuses.

Chez la malade qui fait le sujet de cette leçon, vous ne trouvez pas non plus la grande gêne de la respiration indiquée dans les cas semblables, ni les troubles des sécrétions de la peau, car la transpiration se fait normalement. Les éruptions signalées dans les observations publiées depuis 1867 manquent aussi dans la nôtre et sont remplacées par des taches noires que nous avons décrites et qui siégent au niveau des grandes articulations.

Comme je vous l'ai dit plus haut l'affection dont il s'agit n'est connue que depuis ces dernières années. On a bien voulu retrouver dans les anciens auteurs des faits analogues à celui-là, mais leur description manque de précision et de clarté, de sorte qu'il est bien difficile d'y reconnaître la maladie qui nous occupe : telles sont, par exemple, les observations tirées d'Hippocrate, de Lorry, de Curzio, de Strambio et d'Alibert. — Il faut remonter jusqu'à 1845, pour trouver un cas bien décrit de cette affection : c'est à M. Thirial qu'on le doit; mais dans cette observation, recueillie dans le service de M. Bouillaud, l'auteur rapprochait cette maladie

Digitized by Google

de l'œdème des nouveau-nés, bien qu'il n'y ait point la moindre analogie, comme vous pourrez le voir.

Deux ans après en 1847, Grisolles, Forget (de Strasbourg), Ravel, Gintrac (de Bordeaux), Bouchut, publièrent de nouveaux détails sur cette affection ; puis vint la thèse de Gilette, en 1854, dans laquelle se trouvent de nouvelles observations, et successivement le fait d'Aming (1858) et ceux rapportés par M. Lassègue dans sa revue (1861) sous les noms d'Aming, Robert, Nardt, Hugo Fielder, Fœrster, Auspitz.

Enfin je dois citer en dernier lieu le travail si remarquable de M. Horteloup sur la maladie qui nous occupe, et qui est certainement ce qui a paru de plus complet sur ce sujet; c'est dans ce travail que se trouvent citées les observations de MM. Villemin, Panas et Raynaud.

Mais tous ces travaux, en y ajoutant même le fait de Mirault (d'Angers) annoté par M. Verneuil (1863), laissent encore une grande obscurité sur la nature du sclérème.

Quoi qu'il en soit, est-il possible de donner une *définition* exacte de cette affection? Ce n'est certes pas chose facile, et c'est du reste ce qui explique le grand nombre de dénominations données à cette maladie par ceux qui l'ont étudiée, car elle a porté tour à tour le nom de *chorionitis* ou *sclérostén* (Forget de Strasbourg); de *sclérodermie* (Gintrac), et enfin celui qu'elle doit conserver, *sclérème*, ou mieux *sclérème des adultes*, parce qu'il ne laisse rien supposer de la nature de la maladie, et qu'il est simplement fondé sur le caractère principal que présente la peau dans cette affection.

Malgré les notions incomplètes que nous possédons sur l'anatomie pathologique, sur les causes et la marche du sclérème des adultes, on peut dire cependant que c'est *une affection de la peau, caractérisée par l'induration ou l'endurcissement de cet organe, sans altération dans sa cou-*

Digitized by Google

leur, *sans hypertrophie du derme* (malgré les assertions d'Auspitz), *avec induration et compression du tissu cellulaire sous-cutané.*

Comme on peut le voir, d'après la définition, le *symptôme principal* du sclérème, c'est l'induration, le resserrement de la peau — cette enveloppe donne alors au toucher la sensation d'un corps en bois; sur la poitrine, par exemple, il semble que le malade ait une cuirasse, et cela sans changement dans la température de la peau (car comme je vous l'ai fait remarquer, dans l'observation de notre malade l'élévation de la température était due à un état aigu accidentel). Le plus souvent la coloration reste normale; quelquefois, cependant, mais rarement on observe une coloration brune, qui fait ressembler la peau à celle d'un nègre. J'ai pris soin de vous faire remarquer dans l'examen de la malade, que le doigt que l'on appuyait sur la peau ne laissait point de traces: c'est qu'en effet on ne trouve que rarement de l'œdème et, lorsqu'il existe, il siége en dehors des parties indurées, par exemple aux extrémités; ce que l'on peut expliquer par la gêne de la circulation cutanée, qui serait causée par la compression des petits vaisseaux des parties indurées; cet œdème a été noté par Fœrster, Hugo Fielder.

Les fonctions de la peau ne paraissent point altérées, et ordinairement la transpiration et la sécrétion sébacée sont parfaitement conservées.

Les changements de coloration, dont nous avons parlé plus haut, ne sont pas les seules manifestations du côté de la peau. On a observé aussi dans cette affection des élevures bulleuses ou vésiculeuses qui, se déchirant, peuvent donner lieu à des ulcérations qui ne laissent pas d'offrir une certaine ressemblance avec des ulcères calleux : en effet les bords présentent la même induration.

Les mouvements sont quelquefois complétement empé-

Digitized by Google

chés, et le malade ne peut souvent pas faire une extension ou une flexion, sans voir sa peau se déchirer. Dans l'exemple que vous avez sous les yeux, j'ai attiré votre attention sur la difficulté qu'éprouve la malade à ouvrir la bouche et l'impossibilité où elle se trouve de pouvoir étendre complétement l'avant-bras sur le bras.

D'autres fois ce sont les mouvements respiratoires qui sont gênés, et alors les malades sont en proie à une dyspnée plus ou moins grande. Cette gêne peut, comme dans le cas présent, n'exister que dans les grandes respirations.

On a noté des névralgies très-violentes (Casanova) qui peuvent se présenter dans le courant de la maladie et quelquefois du prurit (Pierquin). Enfin, on trouve parfois des épanchements dans le thorax (plèvre ou péricarde), et même dans le péritoine (Hugo-Fielder, Rillet). Ces épanchements se résolvent très-promptement.

Cette affection débute ordinairement d'emblée et sans symptômes généraux : cependant dans un cas on a observé de la fièvre, un très-grand malaise, en un mot une réaction générale très-violente. La symétrie est peut-être le caractère le plus remarquable *de la marche* de cette maladie; en effet, à peine l'induration s'est-elle produite sur un membre qu'immédiatement elle s'empare du congénère pour conserver la symétrie. Ce fait a été noté dans presque toutes les observations, et la nôtre offre à ce point de vue quelque chose d'intéressant : la symétrie a été conservée jusque dans le développement des taches de la peau qui ont servi de début à la maladie.

Cette affection est le plus souvent généralisée, et même, les cas que l'on cite de localisation du sclérème ne sont-ils pas très-probants — en effet Follin dit simplement avoir vu des indurations de la peau localisées, mais cela sans apporter à l'appui la moindre observation — dans le fait

Digitized by Google

de Miraud (d'Angers), commenté par M. Verneuil, il s'agissait d'une maladie inconnue siégeant aux mains, pour laquelle on fit l'amputation ; — M. Verneuil, après dissection des pièces qui lui avaient été confiées, conclut au sclérème localisé.

La propagation de l'induration se fait quelquefois en diminuant d'intensité, c'est ce qui arriva chez notre malade où nous voyons la dureté de la peau aller en diminuant du ventre vers les pieds. D'autres fois l'induration cesse brusquement, c'est encore ce que l'on observe chez notre malade où le sclérème laisse les mains et les pieds parfaitement souples en s'arrêtant brusquement aux poignets.

Cette affection, en général, ne s'accompagne pas de douleur notable ; je vous ai dit cependant qu'on y avait observé des névralgies à forme intermittente, ou, d'autres fois, comme dans le cas de Pierquin, un prurit assez considérable, mais le plus souvent les malades ont simplement ressenti comme une sensation de constriction.

Je n'insisterai pas sur la marche de la maladie. Au début, l'invasion est assez rapide ; elle envahit progressivement tout le corps, comme vous avez pu le voir par l'observation de notre malade, et ce n'est que bien rarement qu'on la voit se localiser dans certaines parties et y rester stationnaire.

Souvent cette affection débute par la tête : les traits et même les paupières sont immobiles, il semble que le malade ait une tête de bois. De là l'induration s'étend au cou, au thorax, gagne les bras, puis se termine sur les membres inférieurs.

Lorsque la coloration de la peau doit s'altérer, c'est ordinairement au bout de huit à dix jours seulement que cela se produit ; et on voit alors apparaître des taches bistres ou rouges, quelquefois même ce sont des taches vasculaires.

Digitized by Google

Je dois vous faire remarquer la marche assez bizarre que 'affection a suivi chez notre malade; ce n'est plus l'induration de la peau qui se montre la première, ici vous voyez tout d'abord apparaître des taches noires, formées par des productions épidermiques, siégeant, chose assez remarquable, au niveau de presque toutes les grandes articulations ; du reste, ces taches se sont présentées avec la symétrie habituelle dans la marche de cette affection.

Les choses peuvent en rester là pendant longtemps, non-seulement pendant des mois, mais pendant des années, car la durée du sclérème est illimitée. Si la maladie ne tend pas vers la guérison, on voit au bout d'un temps plus ou moins long le malade s'amaigrir, s'étioler et la mort arriver, causée le plus souvent par la tuberculisation pulmonaire.

La guérison, lorsqu'elle a lieu, peut se faire attendre très-longtemps ; on a vu des malades continuer à se livrer à leurs travaux malgré l'induration, qui, bien que traînant en longueur, n'entravait pas leurs mouvements.

Le *diagnostic* de cette affection est facile.

L'ichthyose sera facilement distinguée du sclérème par l'aspect écailleux de l'épiderme.— Le phlegmon chronique ne présentera pas plus de difficultés : en effet, la marche et la localisation beaucoup plus fréquentes dans le phlegmon, ne permettront pas de faire une erreur de diagnostic. Un examen attentif suffira pour distinguer l'éléphantiasis de la maladie qui nous occupe.

Le point le plus intéressant du diagnostic est certainement le parallèle à établir entre le sclérème des nouveaux nés et le sclérème des adultes ; aussi vais-je vous montrer en peu de mots les différences qui existent entre ces deux affections :

Chez l'adulte l'induration en général commence ordinai-

Digitized by Google

rement par les membres supérieurs; la transpiration et les autres sécrétions de la peau sont conservées, la température est normale.

Chez l'enfant, au contraire, la température est abaissée, l'impression du doigt reste sur la peau à la moindre pression, les sécrétions cutanées sont troublées, il y a presque toujours de la fièvre et une grande gêne dans la respiration, la mort arrive par asphyxie.

Chez l'adulte la guérison peut être obtenue, mais en tous cas la durée de la maladie est très-longue. Chez l'enfant, la mort est de règle et arrive très-rapidement. Au point de vue de l'anatomie pathologique on trouve encore des différences.

Si on pratique des coupes sur la peau d'un enfant atteint de sclérème, on voit qu'elle n'a pas augmenté d'épaisseur, qu'elle n'est pas indurée, et que c'est le tissu cellulaire seul qui est infiltré.

Chez l'adulte, au contraire, ce tégument est dur comme du cuir, il résiste à la coupe (au point que l'on a vu des lancettes se briser sur la peau des malades au moment où on voulait les saigner), le tissu cellulaire sous-cutané est aplati, resserré et semble faire corps avec la peau.

Il ressort assez clairement de tout ce que je viens de dire que le *pronostic* de cette affection sera toujours sérieux; si la guérison arrive, elle sera toujours longue à obtenir.

Les *causes* du sclérème des adultes ne sont encore que très-imparfaitement connues; l'étiologie présente cependant quelques observations assez remarquables pour que je croie devoir vous les indiquer. — Ainsi, par exemple, dans les faits rassemblés par Gilette, en 1864, sur 14 malades on compte 12 femmes et 2 hommes; et, sur 28 cas que possède la science, il y a 22 femmes et 6 hommes; il

Digitized by Google

est donc bien naturel de donner au sexe une certaine influence.

On ne rencontre guère cette affection avant l'âge de 8 ans; elle n'existe pas dans la première enfance. C'est de 30 à 50 ans qu'on trouve le plus grand nombre de cas; on en compte 7 ou 8 de 50 à 60 ans.

Les affections rhumatismales sont considérées comme la cause habituelle du sclérème; en effet, c'est ordinairement après un refroidissement que la maladie s'est montrée; mais cette influence paraît être surtout considérable au moment des règles, chez la femme; — c'est ce qui ressort des faits observés chez les personnes de ce sexe, où l'induration a succédé à la suppression des règles, suppression qui est causée le plus souvent par une affection morale vive; — notre malade de la salle Henri IV nous en offre un exemple remarquable.

D'autres fois on a vu survenir l'induration de la peau à la suite d'un ulcère à la jambe; — enfin on a observé le sclérème surtout à la suite de maladies aiguës graves, par exemple après une rougeole, dans la convalescence d'une scarlatine, etc. — On a même cité des cas d'induration se montrant à la suite d'un coup ou d'une chute (Fœrster). — M. Lassègne (*Archives de médecine*), en parlant de ces faits, a prétendu qu'il y avait là un état latent et que la chute n'avait été qu'une cause déterminante. Enfin, pour M. Bazin, le sclérème est une affection arthritique.

L'anatomie pathologique du sclérème des adultes est encore très-incomplète, la science ne possédant que deux autopsies complètes, l'une d'Auspitz, l'autre de Fœrster, et de plus les recherches de M. Verneuil faites dans ces derniers temps sur la main du malade amputé par Miraud (d'Angers).

Quoi qu'il en soit, Fœrster a trouvé une diminution dans l'épaisseur de la peau, sans changement de couleur ni de structure; mais elle était dure, résistant à la section comme

Digitized by Google

du cuir et d'une rigidité considérable. — Le tissu cellulaire sous-cutané était aplati, resserré et ne pouvait être que très-difficilement séparé du derme, avec lequel il semblait faire corps. — La graisse avait presque complétement disparu, c'est à peine si on trouvait quelques cellules graisseuses disséminées à la face profonde.—Du reste, cette face profonde, qui avait une coloration blanche, était polie, luisante, et avait une consistance très-dure; aussi Fœrster avait-il pensé à une hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané.

Auspitz, qui donne à peu près la même description anatomo-pathologique que Fœrster, conclut à une hypertrophie du derme et du tissu cellulaire.

Les autres éléments de la peau ont subi peu de modifications; les fibres élastiques sont assez nombreuses, l'épiderme et le corps de Malpighi sont normaux, mais ce dernier présentait, dans les autopsies citées plus haut, l'aspect pigmenté qu'il a chez le nègre. — On trouve surtout ce pigment à la base des papilles, et il pénètre souvent dans les glandes sébacées.

Les capillaires, clair-semés pour Fœrster, sont cependant assez développés à la face profonde de la peau, et Auspitz a trouvé dans l'épaisseur de leurs parois des disques de pigment qui s'étendaient en partie dans le tissu cellulaire voisin.

Les canaux des glandes sudoripares et des follicules sébacés étaient dans leur état normal; quant aux papilles, rien de changé; il était même très-facile de les injecter. — Enfin Fœrster a trouvé le tissu cellulaire sous-cutané fortement adhérent aux muscles.

Je dois aussi vous dire quelques mots des recherches de M. Verneuil, bien qu'elles n'aient porté que sur un cas douteux de sclérème, localisé dans la main. Ce chirurgien a trouvé dans la peau de cette main un épaississement du tissu cellulaire sous-jacent, et, au niveau des articulations,

Digitized by Google

des brides fibreuses qui causaient là comme de fausses ankyloses.

Il ne me reste plus qu'à vous dire quelques mots de la *nature* et du *traitement* de la maladie qui nous occupe. Si c'est là la partie la plus importante de la question, c'est aussi la plus difficile.

Pour ce qui a rapport à la *nature* de l'affection, ce ne sont certes pas les hypothèses qui ont fait défaut.

Le sclérème a été considéré successivement, comme étant de nature inflammatoire, par Forget (de Strasbourg); comme une induration du derme et du pannicule graisseux, par Rillet. — Gintrac avait vu là une modification spéciale, non inflammatoire, du derme, sans altération profonde de ce tissu; après lui, Hugo Fiedler l'expliqua par une atrophie du tissu cellulaire de la peau; puis vint Fœrster, qui regarda le sclérème comme un développement excessif du tissu connectif du chorion produisant l'épaississement de cette partie de la peau avec compacité du tissu cellulaire sous-jacent. Enfin, pour Auspitz, c'est une hypertrophie considérable du tissu conjonctif causant une stase sanguine dans les capillaires du derme.

Dans ces dernières années, M. Horteloup fils, dans sa thèse inaugurale extrêmement remarquable, rassembla tous les cas de sclérème que possédait la science, et émit une nouvelle hypothèse sur la nature de cette affection; c'est à cette dernière explication que je serais tenté de me rallier.

M. Horteloup, s'appuyant sur ce que la peau contient des fibres lamineuses, des fibres élastiques et de véritables fibres musculaires de la vie végétative, explique par ce moyen plusieurs phénomènes de contractilité qui se passent du côté de la peau. — C'est aux propriétés contractiles de ces éléments que doivent être rapportés le facies hippocratique, la rigidité cadavérique et l'état de contractilité du

Digitized by Google

visage dans les impressions tristes. — De là M. Horteloup conclut que l'induration de la peau dans le sclérème est due à un spasme permanent de ces fibres; mais ces fibres sont innervées par des nerfs venant du grand sympathique; aussi est-il porté à croire que la lésion primitive siége dans les centres nerveux ganglionnaires. C'est ce qui expliquerait la symétrie dans la marche de la maladie et sa généralisation.

Le *traitement* de cette affection se ressent naturellement des nombreuses théories émises pour expliquer sa nature, aussi ne doit-on pas s'étonner des fréquentes variations qu'il a subies, selon les époques. Du temps de Currio et de Strambio, les émissions sanguines étaient usitées; mais les résultats obtenus n'étant pas merveilleux, on passa très-vite à l'emploi des diurétiques alliés aux diaphorétiques (bains de vapeur, etc.). — Puis vint le tour de la médication altérante (mercuriaux, iodure de potassium) préconisée par Grisolle; elle resta sans succès.

Je citerai encore, pour être complet, les bains au sulfate de fer, de Gilette, etc.— Enfin, je termine en vous parlant du traitement que j'emploie dans ce cas. J'ai vu en consultation, il y a quelques années, un malade atteint de sclérème que j'ai traité au moyen des bains de vapeur et du massage unis aux sudorifiques (ammoniaque); la guérison arriva au bout de 2 mois. Je crois que c'est là le traitement qui a donné les meilleurs résultats; aussi l'ai-je toujours employé depuis, et vous avez pu voir que chez notre malade il a produit par instant une amélioration sensible; mais il est nécessaire d'y joindre une bonne alimentation.

Digitized by Google

I.

EMPLOI DE L'IODE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES SYPHILITIQUES

par M. le Docteur Guillemin, médecin major aux Invalides.

Dès l'année 1865, je publiais l'histoire d'un certain nombre de malades atteints de syphilis constitutionnelle que j'avais traités par un moyen auquel je reconnaissais de nombreux avantages (1).

A la fin de mon travail je faisais un appel aux médecins, leur demandant de contrôler par de nouvelles expérimentations les résultats que j'avais obtenus, mes observations étant, à cette époque, trop peu nombreuses pour que je pusse me flatter d'avoir porté la conviction dans tous les esprits.

Comme cela n'arrive que trop souvent, même lorsqu'il s'agit de choses utiles, mon appel a passé inaperçu, du moins n'ai-je pas entendu dire que les résultats obtenus par moi aient été ni confirmés ni infirmés par d'autres.

Je viens d'observer un fait dans lequel l'action favorable du traitement a été si évidente et s'est manifestée avec une telle promptitude que je crois utile de le faire connaître sommairement :

(1) *De la substitution de l'iode à l'iodure de potassium, dans le traitement des maladies syphilitiques*, par le docteur Guillemin, *in Gaz. hebd. de médecine et de chirurgie*, année 1865.

Digitized by Google

Observation. — M. S***, âgé de 51 ans, se présente à moi au commencement du mois de mars 1872. Il est affecté d'ataxie locomotrice depuis 1864 et d'une affection déjà ancienne (1870) de la face, présentant la forme d'ulcérations recouvertes de croûtes stratifiées, d'un aspect repoussant.

C'est seulement dans l'intention d'arriver à se guérir de cette dernière affection que M. S*** vient me trouver. Quant à son ataxie, il est bien résigné à vivre avec elle, ayant depuis longtemps perdu l'espérance de la voir, je ne dis pas se guérir, mais même s'améliorer.

Voici quels sont les antécédents de ce malade :

Il a eu en 1857 des chancres indurés, dont la guérison a demandé environ quinze à vingt jours et qui n'ont pas été compliqués de bubons.

Plus tard (mais à quelle époque? le malade ne peut répondre d'une manière précise à cet égard), plus tard, dis-je, se sont montrées des plaques muqueuses au scrotum.

L'ataxie locomotrice a débuté dans l'année 1864.

Dans l'été de 1869, surviennent des plaques muqueuses dans la bouche.

Pendant l'hiver de 1869-1870, M. S*** est envoyé aux eaux thermales d'Amélie-les-Bains. C'est à la suite de l'usage de ces eaux qu'il voit apparaître à la face, en particulier au menton, à la joue droite, à la commissure labiale gauche, des lésions cutanées dont il ne peut donner une description assez précise pour qu'il soit possible de déterminer quels étaient, au début leurs caractères dermatologiques. C'étaient peut-être des plaques *papulo* ou *pustulo-crustacées*. L'une d'elles, située au menton, avait au moins la largeur d'une pièce de 1 franc, les autres étaient moins larges. Il y avait un suintement lorsqu'on enlevait les croûtes, et celles-ci se reformaient rapidement.

Digitized by Google

M. S*** a conservé pendant longtemps cette affection sans se faire traiter.

Enfin, au commencement de 1871, il suivit pendant trente jours un traitement par la solution d'iodure de potassium qui ne détermina aucune modification appréciable;

Quelques mois après (juillet 1871), il fut mis à l'usage des pilules de Dupuytren (3 pilules par jour), au moins pendant trente jours, mais la salivation et la diarrhée ne permirent pas de continuer ce traitemeut qui n'amena du reste aucune modification des lésions cutanées.

Depuis cette époque elles sont restées stationnaires; M. S*** ne s'est plus soumis à aucune espèce de traitement.

Voici quel est l'aspect de ces lésions au moment où il vient me trouver (le 5 mars) :

A la commissure labiale gauche, ulcération allongée dans le sens transversal, à peu près de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Cette ulcération ne se recouvre pas de croûtes, sans doute par suite des mouvements incessants qui se produisent nécessairement en ce point par la parole, la mastication, l'action de boire, etc.

Au menton, deux autres ulcérations de plus grandes dimensions que celle de la commissure labiale, sont recouvertes de productions croûteuses, épaisses, inégales, formant avec les poils de la barbe un feutrage inextricable.

A la joue droite quatre ou cinq croûtes moins larges et moins épaisses que les précédentes, recouvrent de petites ulcérations.

L'investigation la plus attentive ne me fit découvrir aucune autre lésion qui pût être rattachée à la syphilis, mais il ne faut pas oublier que les manifestations tertiaires ne

Digitized by Google

sont pas toujours multiples à un moment donné ; d'ailleurs les caractères de cette affection, rapprochés des antécédents du malade, ne me laissèrent pas un seul instant d'hésitation, et je le soumis immédiatement au traitement par la solution d'iode ainsi formulée :

Teinture d'iode, 5 grammes ;

Eau distillée, 500 grammes.

Au début, je prescrivis 30 grammes de cette solution, dont 15 grammes avant le repas du matin, 15 grammes avant celui du soir.

Après huit jours de traitement je donnai 40 grammes de la solution par jour, dose qui ne fut pas dépassée chez M. S***, mais qui ne serait pas toujours suffisante, et qu'on peut, d'ailleurs, augmenter sans inconvénient.

Le 22 mars (17 jours après le début du traitement), l'ulcération de la commissure labiale est guérie, les croûtes qui recouvraient les autres ulcérations ayant été détachées, je trouve celles-ci presque complétement cicatrisées, quatre jours après, la guérison est tout à fait complète ; il ne reste plus que des taches rouges signalant les points où avaient existé les ulcérations.

Il est à peine nécessaire de dire que l'ataxie locomotrice n'a été en rien modifiée par le traitement. Mais faut-il conclure de là, cependant, qu'elle ne soit pas elle-même sous la dépendance de la syphilis constitutionnelle ? Ce serait trop s'avancer, et j'ai déjà par devers moi un certain nombre de faits qui me portent à penser que les affections de la moelle sont, plus souvent qu'on ne pense, de nature syphilitique.

Mais je ne veux pas, pour le moment, me laisser aller à discuter cette manière de voir ; cela m'entraînerait d'ailleurs bien au delà des bornes dans lesquelles doit se renfermer la présente note.

Mieux vaut, je crois, revenir à mon sujet, c'est-à-dire

Digitized by Google

aux avantages que présente le traitement de la syphilis par la solution d'iode. Disons d'abord que cette préparation n'a pas une saveur désagréable, qu'elle ne laisse aucun mauvais goût dans la bouche, aucune âcreté dans la gorge, aussi est-elle prise très-facilement par les malades.

Je ne l'ai jamais vu produire aucun symptôme d'irritation du côté des voies digestives, et cela se comprend sans peine : la proportion d'iode contenue dans la solution est si minime que les propriétés irritantes du médicament sont totalement annihilées. En effet, 40 grammes de la solution contiennent seulement 4 décigrammes de teinture d'iode du Codex, c'est-à-dire un peu moins de 3 1/2 centigrammes d'iode métallique.

Afin d'éviter la nécessité de faire préparer une teinture d'iode spéciale, la teinture au dixième dont je me servais autrefois, je me suis résigné à revenir à la teinture d'iode du Codex, qui est au douzième, bien que cette manière de faire ait un léger inconvénient, qui est de rendre plus difficile l'évaluation de la quantité d'iode administrée, tandis que le calcul est au contraire très-simple lorsqu'on emploie la teinture au dixième. Du reste, il est assez indifférent de se servir de l'une ou de l'autre; l'essentiel est que la dissolution soit bien complète et que la proportion d'iode soit assez faible pour qu'on puisse éviter sûrement toute espèce d'action irritante.

Je m'en tiens donc à la formule que j'ai employée chez le malade dont l'observation est rapportée plus haut.

Je fais prendre habituellement, au début, 15 grammes de la solution avant le repas du matin, quinze grammes avant le repas du soir ; cinq à six jours après je porte la dose quotidienne à 40 grammes ; cela peut suffire, ainsi qu'il est arrivé chez M. S***, mais si, après vingt jours de traitement je n'observe aucune modification favorable des lésions syphilitiques, j'augmente encore progressive-

Digitized by Google

ment; on peut aller sans inconvénient jusqu'à 80 grammes par jour, mais cela est rarement nécessaire.

C'est principalement, sinon exclusivement, dans les accidents de la période tertiaire de la syphilis, que j'ai fait usage de la solution d'iode; c'est donc surtout avec le médicament que l'on emploie habituellement dans cette période, c'est-à-dire avec l'iodure de potassium, qu'il faut la mettre en parallèle.

Or, il est bien rare que l'iodure de potassium, donné aux doses habituelles puisse être toléré jusqu'à production d'effets utiles, sans donner lieu à des accidents d'intensité variable qui, le plus souvent, obligent à suspendre la médication avant que les manifestations syphilitiques aient complétement disparu. Il est bien rare qu'on ne voie pas survenir quelques uns des symptômes qui caractérisent l'*iodisme aigu*, tels que *céphalalgie*, *coryza*, *angine*, *éruptions acnéiformes* ou *papuleuses*, le tout accompagné d'un mouvement fébrile, quelquefois assez intense.

On a émis l'idée, je ne l'ignore pas, que l'on peut obtenir de l'iodure de potassium des effets très-satisfaisants, tout en réduisant considérablement les doses auxquelles on le prescrit habituellement: alors peut-être éviterait-on les accidents de l'iodisme aigu, mais cette opinion n'a pas été confirmée, et l'on continue généralement (à tort ou à raison) à faire prendre l'iodure de potassium par quantités assez considérables (plusieurs grammes par jour).

Or, en l'administrant de cette façon, il est bien rare qu'on ne soit pas obligé, par les accidents de l'*iodisme aigu*, de suspendre le traitement pendant un temps plus ou moins long, au grand préjudice du malade.

La solution d'iode, telle que je l'emploie, ne donne *jamais* lieu à des accidents pareils. Dans les cas, très-nombreux déjà, où j'ai eu l'occasion d'en faire usage, je n'ai pas observé une seule fois le plus minime des accidents

Digitized by Google

qui sont la conséquence presque obligée de l'usage de l'iodure ; je n'ai pas été obligé une seule fois de suspendre le traitement.

Les seuls effets pharmaco-dynamiques, résultant de l'usage de la solution, et qui, ceux-là, se montrent d'une manière presque constante, sont l'augmentation de l'appétit et un peu de constipation.

Je dois dire aussi que je n'ai observé ni l'atrophie de certaines glandes (seins, testicules), ni les accidents qui constituent l'*iodisme constitutionnel*, mais ce sont là des accidents fort rares, même à la suite de l'usage longtemps continué de l'iodure de potassium, et je ne serais pas étonné qu'on pût les observer aussi quelquefois sous l'influence de la solution d'iode, si l'administration en était continuée pendant un temps très-long.

Ce qui n'est pas moins remarquable que la parfaite innocuité de la solution aqueuse d'iode, c'est la rapidité avec laquelle se manifestent ses effets thérapeutiques : dans l'observation que j'ai rapportée plus haut des lésions profondes de la peau, manifestation d'une syphilis invétérée, arrivée à la période tertiaire, commencent à se modifier dix-sept jours après le début du traitement ; quatre jours plus tard elles ont totalement disparu; et ce n'étaient pas là des lésions insignifiantes, mais des ulcérations larges, irrégulières, intéressant profondément le derme, ayant déjà près de dix-huit mois de durée, pour lesquelles le malade avait subi antérieurement deux traitements infructueux, le premier par l'iodure de potassium, le second par le mercure.

Est-ce à dire que toujours les lésions de la syphilis constitutionnelle seront modifiées avec cette promptitude ? Non-seulement je ne prétends pas qu'il en soit ainsi, mais j'ai même observé des cas de syphylis complétement rebelles à l'usage longtemps continué de la solution iodée.

Digitized by Google

Quoi qu'il en soit, la règle générale est la disparition rapide des lésions sous l'influence de ce traitement.

Sous ce rapport, je ne crois pas que l'iodure de potassium, même dans les cas où il est facilement supporté, donne jamais des résultats aussi brillants que ceux que l'on obtient par la solution d'iode.

Les observations qu'il m'a été donné de faire depuis la publication de mon premier travail ont toujours confirmé ce que je disais à cette époque touchant les modifications des lésions syphilitiques : pendant quinze, dix-huit jours, quelquefois un peu plus, les lésions restent stationnaires, puis, à un moment donné, elles subissent brusquement une modification favorable, et la guérison marche dès lors avec une rapidité surprenante, pourvu toutefois que le traitement soit continué sans interruption.

Le traitement par la solution d'iode a encore quelques autres avantages d'une moindre importance, mais qui, cependant ne sont pas à dédaigner.

Les quantités d'iode nécessaires pour produire des effets utiles sont si faibles que le prix de revient du traitement est presque insignifiant, comparé au traitement par l'iodure de potassium, qui ne laisse pas que d'être assez coûteux.

En outre, les falsifications de l'iodure de potassium sont fréquentes et difficiles à reconnaître; plus d'une fois on a fait l'analyse de prétendus iodures de potassium qui n'en contenaient pas un atôme. Pareille chose n'est pas à craindre avec l'iode métallique; il n'est pas possible de le falsifier, tellement la fraude serait facile à reconnaître, l'iode étant volatilisable en entier par la chaleur, et complétement soluble dans l'alcool.

Digitized by Google

OBSERVATION DE FAVUS SIMULANT UN PITYRIASIS DU CUIR CHEVELU

Par E. Spillmann, agrégé au Val-de-Grâce.

Le diagnostic du favus est généralement facile pour les hommes qui ont quelque habitude des affections cutanées. Depuis les publications des dermatologistes modernes, de M. Bazin surtout, on ne voit plus que rarement confondre la teigne faveuse avec l'impetigo, l'eczéma, le psoriasis, les affections des glandes sébacées, erreurs commises au grand détriment du malade, qui est séquestré et soumis inutilement à un traitement pénible et presque toujours nuisible.

Cependant le favus se présente quelquefois avec un cortége de symptômes tellement insolites que le diagnostic est entouré de difficultés à peu près insurmontables sans le secours du microscope. Nulle part, peut-être, ce précieux instrument n'est appelé à rendre des services plus évidents qu'en clinique dermatologique.

L'observation suivante est un exemple de l'un des cas les plus difficiles que l'on puisse rencontrer.

Le nommé L..., du 6e cuirassiers, âgé de vingt-deux ans, doué d'un tempérament sanguin et d'une constitution splendide, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 24 février 1872, se plaignant d'éprouver des démangeaisons sur toute la surface du cuir chevelu. Ses cheveux, d'un beau noir, sont très-épais, implantés solidement, et ne présentent pas la moindre lésion apparente, si ce n'est au niveau

Digitized by Google

de la région pariétale droite. Là, dans une étendue circulaire du diamètre d'une pièce de 5 francs environ, les cheveux sont clair-semés et ne présentent qu'une longueur de deux ou trois millimètres à peine; on dirait une tonsure récemment faite; sur ce même point on constate la présence d'une grande quantité de lamelles épidermiques assez adhérentes, et, çà et là, quelques petites pustules impétigineuses.

Notre premier mouvement fut de diagnostiquer une teigne tonsurante; mais, en écartant les cheveux des autres régions du cuir chevelu, nous trouvons partout des phénomènes identiques aux précédents, c'est-à-dire des productions épidermiques. Cette généralisation suspend notre diagnostic, car il est difficile d'admettre une affection parasitaire, surtout de date ancienne, avec l'intégrité absolue des poils. A peine le tricophyton existe-t-il, que déjà les cheveux changent de couleur, deviennent ternes, secs et friables.

L'achorion détermine des phénomènes analogues. Sans doute, tout à fait à la période de début, l'ensemble de la chevelure peut paraître normal, mais on aperçoit toujours quelques poils malades; ici tous les cheveux, examinés pour ainsi dire un à un, semblent sains, si ce n'est au niveau de la tonsure; mais celle-ci a été produite artificiellement, nous l'expliquerons dans un instant. D'ailleurs, nous ne sommes pas en présence d'une affection récente, mais bien d'une affection datant d'une vingtaine d'années.

Procédant à l'interrogation du malade, nous apprenons en effet que, depuis sa plus tendre enfance, il éprouve des démangeaisons plus ou moins vives, et que, lorsqu'il cède à ce besoin, il fait tomber sur ses vêtements une grande quantité de poussière blanchâtre; il compare cette poussière à de la farine mal réduite en poudre et un peu salie. Les médecins qu'il a consultés lui ont prescrit une foule de lotions et d'onctions qui n'ont jamais produit la plus lé-

Digitized by Google

gère amélioration, bien au contraire. Après ces traitements, le cuir chevelu, habituellement sec, donnait lieu à une sécrétion séro-purulente abondante, ce qui signifie qu'il se produisait de l'eczéma et de l'impetigo accidentels.

Il atteignit ainsi l'âge de la conscription; incorporé au commencement de la guerre 1870, il fit toute la campagne. En janvier 1872, il se décida à entrer à l'hôpital. A cette époque, les cheveux couvraient toute la tête; la tonsure dont nous avons parlé plus haut a été déterminée par une épilation. On avait annoncé au malade que l'épilation comprendrait toute la tête; mais, deux ou trois jours après une première tentative, on le fit sortir en lui disant qu'il pouvait se considérer comme guéri. Cette assertion ne peut être acceptée qu'avec une extrême réserve; il est probable cependant que le médecin, après avoir cru un instant à une affection parasitaire, aura changé d'avis, en constatant l'intégrité apparente des cheveux et surtout leur solide implantation.

Quoi qu'il en soit, convaincu qu'il était aussi malade qu'auparavant, L... demanda, deux ou trois jours plus tard, et obtint d'entrer au Val-de-Grâce.

Là nous apprenons, outre les détails relatés ci-dessus, que la mère de L... a eu une maladie analogue à celle de son fils, et qu'elle a été guérie, vers l'âge de quarante ans, après avoir perdu une notable partie de sa chevelure. Nous apprenons encore que la grand'mère est devenue chauve après avoir été malade, elle aussi, jusqu'à l'âge de quarante ans environ. L... a une jeune sœur qui a présenté une affection du cuir chevelu; mais cette affection, au lieu d'être sèche comme celle des autres membres de la famille, produisait des croûtes épaisses et humides; c'étaient, dit L..., des galons, terme par lequel le vulgaire désigne souvent l'impetigo du cuir chevelu.

L'exactitude de ces détails nous est confirmée par le

Digitized by Google

maire de la commune et par M. le docteur Delasiauve, qui connaît notre jeune soldat.

Avant de nous prononcer, nous prîmes le parti d'attendre, pour voir s'il ne se produirait pas quelque phénomène capable de nous éclairer, pour voir surtout si les cheveux de la région épilée ne présenteraient pas, en repoussant, quelque altération spéciale. Nous avions lieu de penser, en effet, que l'on n'avait pas commencé l'épilation par cette région sans un motif quelconque. Au bout de peu de temps, nous vîmes les cheveux repousser aussi solides, aussi bien nourris que ceux des régions voisines, avec cette seule différence qu'ils étaient moins serrés, ce qui s'explique facilement.

Tout conspirait donc à nous faire croire à un pityriasis; l'hérédité elle-même était de nature à nous induire en erreur, car le pityriasis est souvent héréditaire, tandis que les affections parasitaires échappent complétement à cette influence.

Un seul caractère nous tint en éveil, l'adhérence des squames aux cheveux; mais, cependant, comment admettre une affection parasitaire existant depuis des années sans avoir déterminé aucun changement apparent, ni dans le nombre, ni dans la couleur, ni dans la solidité d'implantation des cheveux; ayant laissé à ceux-ci toute leur solidité, toute leur humidité naturelles?

Le microscope seul pouvait lever nos doutes. Dans ce but, nous enlevâmes des cheveux et des squames. En procédant à cette opération, nous remarquâmes que quelques squames présentaient, intimement accolée à leur face profonde, une matière jaune très-sèche, offrant exactement la forme d'une demi-sphère d'un diamètre égal à celui d'une petite tête d'épingle. Chacune de ces demi-sphères était accolée à un poil. A chaque demi-sphère correspon-

Digitized by Google

dait dans le derme une dépression d'un diamètre analogue, bien appréciable surtout à la loupe.

En détachant, avec des précautions infinies, la lamelle épidermique de la matière jaune, et en examinant cette dernière avec une forte loupe, nous constatons qu'elle présente une forme analogue à celle des godets du favus urcéolaire. L'examen microscopique de ces petits godets, examen fait avec le concours de M. le professeur Villemin et de M. le docteur Léger, nous montre un type parfait du champignon favique; le même champignon existe, mais en quantité extrêmement minime, dans les cheveux auxquels la substance jaune est adhérente.

Nous devons faire remarquer que les petits godets faviques étaient épars çà et là, séparés les uns des autres par de notables intervalles; nous ferons remarquer aussi que ces godets étaient disséminés sur toute la surface du cuir chevelu, et non pas uniquement sur le point qui avait été épilé.

Nous nous trouvions donc en présence d'un favus urcéolaire qui, datant d'un nombre d'années considérable, n'avait déterminé aucune altération apparente des cheveux, et n'avait pas produit un seul godet dépouillé de l'enveloppe épidermique superficielle; l'enveloppe épidermique avait même conservé ou acquis une épaisseur assez considérable pour que la matière jaune ne pût être aperçue, même par transparence. De plus, les godets étaient restés microscopiques, tandis qu'en général ils acquièrent un volume relativement considérable. En un mot, après vingt ans d'existence, ou peu s'en faut, la matière favique avait conservé l'aspect qu'elle présente tout à fait à la période de début, avec cette différence qu'à cette période il existe déjà des altérations évidentes des cheveux.

Le fait eût été un peu moins extraordinaire si le favus eût été scutulata; ici, en effet, l'altération des poils est

Digitized by Google

moins rapide et moins prononcée que dans la teigne urcéolaire, la sécrétion épidermique dure plus longtemps et est plus abondante, les squames sont adhérentes aux poils qui sont entourés d'une gaîne blanchâtre. Mais, dans cette forme non plus, la matière jaune ne met pas des années avant de paraître à l'extérieur, et surtout les altérations des cheveux ne se font pas attendre pendant un temps aussi prolongé.

Après les détails dans lesquels nous venons d'entrer, l'hérédité apparente s'explique tout naturellement : la grand'mère avait un favus qu'elle a communiqué à sa fille par contagion et non par hérédité, et celle-ci, à son tour, a infecté son fils.

En même temps que nous observions le favus à forme extraordinaire dont nous venons de parler, nous recevions dans nos salles un soldat, de la garde républicaine à cheval, présentant, sur la face interne de la jambe droite, six magnifiques godets faviques. Ce fait n'a d'extraordinaire que l'origine à laquelle il est rapporté par le malade qui, à sa connaissance du moins, n'a eu rapport avec aucun teigneux. Son cheval, dit-il, avait des pous et des boutons, et, lorsqu'il le montait, la sueur traversait son pantalon de toile.

Le vétérinaire du régiment nous a assuré que ce cheval n'avait pas le favus; mais n'est-il pas possible que le champignon, qui se traduit chez l'homme par le godet favique, se traduise chez le cheval par une autre manifestation? C'est un simple point d'interrogation que nous posons, en faisant observer que la question n'est pas dénuée d'importance, puisque de tout temps on a signalé, parmi les causes du favus, le séjour prolongé dans les écuries.

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE.

On neurotic cutaneous diseases, including erythema,
By Henry-Samuel PURDON.

Sous ce titre, l'auteur décrit les affections les plus variées. Ce n'est pas seulement en effet, les troubles trophiques consécutifs aux lésions nerveuses qu'il étudie, mais tous les actes de pathologie cutanée dans lesquels le système nerveux peut être mis en question. Il se trouve naturellement conduit à jeter tout d'abord un coup d'œil général sur l'anatomie de la peau et le rôle du système nerveux dans ses fonctions.

Deux ordres de nerfs gouvernent les mouvements organiques, les nerfs sensitifs ou rachidiens et les nerfs végétatifs ou sympathiques; mais quelle que soit la distribution de ces filets nerveux autour des divers conduits pileux, vasculaires ou glanduleux de la peau, que se passe-t-il lorsqu'ils viennent à être soumis à un agent irritant? Congestion, élévation de température, extravasation aboutissant soit à une papule, soit à une vésicule, tels sont les trois stades classiques. Mais, pour les bien étudier, il faut observer une peau intacte, une peau saine, n'ayant subi aucune altération préalable. Ces conditions se trouvent réalisées dans les brûlures légères que l'on trouve au pourtour des cautérisations au fer rouge. C'est dans ces petites phlyctènes que Biesiadecki a fait des recherches, et voici ce qu'il a observé :

Les papilles et la couche de Malpighi prennent également part au processus pathologique. Les premières sont aug-

Digitized by Google

mentées de volume ; on voit se former des lacunes dans le tissu conjonctif et les anses vasculaires deviennent turgescentes.

L'épiderme se sépare des papilles auxquelles il n'adhère plus qu'au niveau des sillons qui les séparent, et dans l'espace qui prend ainsi naissance on peut voir d'innombrables fibrilles qui semblent avoir été en quelque sorte arrachées des papilles auxquelles elles tiennent encore partiellement. Au milieu d'elles on voit des éléments en forme de massue, encore unis à la papille par leur extrémité allongée. Enfin, dans le liquide de la phlyctène nagent des noyaux plus ou moins nombreux. Biesiadecki est arrivé à se convaincre que ces noyaux provenaient des cellules du corps muqueux, étirées en quelque sorte et transformées en fibrilles au moment où la bulle s'est formée.

Tels sont les phénomènes que l'on observe à la suite d'une violente irritation de la peau, et suivant que l'exsudation se produit plus ou moins profondément, il se forme une bulle, une phlyctène ou bien une papule, un tubercule, etc... Quant à la lésion primordiale du système nerveux, il est difficile de la préciser, car le mécanisme de son action sur les capillaires cutanés est loin d'être simple. Tantôt c'est, comme le fait remarquer Tilbury Fox, une dyscrasie qui devient l'origine d'une névralgie, agissant à son tour comme cause de viciation du sang. Tantôt c'est comme le pense Houdfield Jones, cet ensemble de phénomènes inflammatoires qui accompagne presque toujours les névralgies. Enfin Erasmus Wilson admet toute une catégorie de cas où il y a action reflexe à distance. Mais quelle que soit la cause prochaine du phénomène, cette irritation se traduit par des lésions cutanées que l'on peut rattacher à 4 groupes distincts :

Les érythèmes, les herpès, le pemphigus, l'urticaire.

Digitized by Google

L'auteur consacre à chacun de ces groupes morbides un chapitre spécial, à la fois descriptif et dogmatique.

L'érythème doit-il être considéré comme étant d'origine purement nerveuse? L'observation des chirurgiens de la guerre d'Amérique tend à le faire admettre. C'est alors que, suivant qu'elle occupe les plexus folliculaires, la surface vasculaire du derme ou des groupes nerveux isolés, la névrose se traduit par un érythème ponctué, uniforme ou circulaire, affectant au contraire une marche diffuse lorsqu'il y a dyscrasie.

Dans ce groupe le phénomène est resté à sa première période, à son stade hyperhémique et le gonflement n'appartient pas à l'érythème, c'est un phénomène secondaire. Je ne suivrai pas l'auteur dans la description des érythèmes simple, fugax, intertrigo, etc., me bornant à signaler les intéressantes pages qu'il a consacrées aux érythèmes papuleux et tuberculeux. Le premier, si fréquent dans l'armée turque, apparaît quelquefois comme phénomène critique à la suite d'une pneumonie. Souvent il se montre en même temps que l'érysipèle et l'herpès. Le second est souvent le symptôme d'une affection générale, mais le succès rapide de la médication oxygénée, dont l'action s'exerce sur les vasomoteurs, démontre suffisamment la nature nerveuse de la maladie.

Dans l'érythème de l'acrodynie, si bien décrit par Tilbury Fox, la lésion nerveuse est connue, et l'on sait que dans la pellagre la moelle épinière est ordinairement altérée dans la région lombaire.

La médication nevrosthénique sera donc indiquée dans la plupart des affections érythémateuses ; or, pour faire contracter les capillaires, la préparation la plus sûre est la teinture de vèratrum viride. Les toniques pourront être administrés en même temps : huile de foie de morue, émul-

Digitized by Google

sion de suc pancréatique. Si l'irritation est poussée plus loin, il y a exsudation. C'est ce que l'on observe dans le groupe des herpès. La relation de l'altération cutanée avec les lésions nerveuses est des plus évidentes dans ce cas, et tous les auteurs l'ont pu saisir. Mais il reste à savoir sur quels nerfs siége la maladie. Woakes la place dans les branches sensitives, Eulenberg et Guttman et Dubois Raymond lui assignent comme siége le grand sympathique, qui, d'après eux, serait aussi l'organe malade dans le tic douloureux de la face. Eulenberg va même jusqu'à dire que toujours le zona débute par la périphérie. Mais Bærensprung, qui a donné une excellente description de l'herpès, vient à l'encontre de cette opinion. Pour lui, c'est dans les ganglions rachidiens qu'il faut rechercher le point de départ du zona. Mais on doit, avec Hebra, reprocher à l'auteur d'avoir confondu avec l'herpès zoster les herpès præputialis et labialis qui, quoi qu'en dise l'Américain Damou, reconnaissent les causes les plus diverses. Les études de M. Doyon sur le premier sont là pour le prouver.

Entre l'herpès et le pemphigus, il n'y a, au point de vue anatomique, qu'une différence de degrés. Au point de vue de la nature, il n'y en a pas davantage. La coïncidence avec l'herpès, avec l'urticaire, que les anciens ont consacrée par la dénomination d'urticaire bulleuse, est là pour démontrer les rapports intimes qui unissent ces deux affections. Quant à l'influence du système nerveux sur l'apparition des bulles, elle est suffisamment prouvée par leur apparition dans la méningite. Housfield, cependant, rattache ce symptôme à une lésion du grand sympathique. Nous ne pouvons analyser ici la description dogmatique de l'auteur, description dans laquelle il insiste non-seulement sur les formes aiguës et chroniques de l'affection, sur son étiologie et ses rapports avec la syphilis, mais encore sur sa fréquence et

Digitized by Google

son mode d'apparition. Tilbury Fox a en effet observé que parfois le pemphigus débute par une bulle isolée, autour de laquelle toutes les autres viennent se grouper.

On peut aussi constater au début des accidents fébriles qui simulent complétement des accès intermittents. Enfin le pemphigus peut revêtir la forme gangreneuse.

Whitely Stokes a observé une épidémie de cette nature pendant les dernières famines en Irlande.

Quant au traitement, c'est encore à la teinture de veratrum vivide qu'il faudra avoir recours (Cutter) : la strychnine, le phosphore (Laycok) seront aussi d'une grande utilité. Les bains chauds, activant la circulation cutanée, seront formellement contre-indiqués. Ainsi que nous l'avons déjà répété, si l'exsudation se fait plus profondément, on observera des élévations dures, papuleuses, on aura l'urticaire.

La nature nerveuse de cette affection est facile à démontrer. Nombre d'auteurs y ont vu un effet du spasme des muscles cutanés, et l'affection a été observée dans une famille de névropathiques ; elle affectait dans ce cas-là une forme intermittente régulière. Toutefois on ne saurait nier le rôle des nerfs vasomoteurs, car la contracture des capillaires peut faire monter la tension assez haut pour qu'il se produise de véritables hémorrhagies, des pétéchies. On voit alors ce que Willan appelait le purpura urticæus. Quant aux causes premières de ce symptôme cutané, elles sont des plus variées ; la goutte, le rhumatisme ont été invoqués. Notons encore l'ingestion de certaines substances alimentaires ou médicamenteuses. Aussi est-ce bien à propos de l'urticaire que l'on peut dire que la forme d'une éruption ne peut apprendre quelle est sa cause.

Du reste, l'affection présente dans sa forme, dans sa marche, de nombreuses variétés : evanida, tuberosa, conferta, subentanea, etc. ; tantôt l'élevure disparait complé-

Digitized by Google

tement, tantôt elle laisse à sa suite des troubles de la pigmentation cutanée (Spender), troubles qui toujours indiquent une perturbation dans les phénomènes de l'innervation (Hilton). — Tilbury Fox a vu l'urticaire survenir à la suite de lésions du plexus solaire.

L'auteur entre ensuite dans quelques considérations sur le prurigo, la dermatalgie et l'anesthésie.

Nous ne pouvons, dans les limites restreintes de ce compte rendu, reproduire le tableau rapide retracé par M. Purdon, nous montrant la lésion liée tantôt à un acte reflexe, prurigo podicis, à une altération de secrétion, prurigo pediculaire, à une altération du sang (maladie de Bright, ictère), à une lésion nerveuse centrale (prurigo chronique précédant une paralysie des membres supérieurs.) Je me bornerai à signaler l'effet du bromure d'ammonium sur le symptôme prurit ; or, on sait que ce médicament a une action élective sur la moelle allongée. — Quant à l'anesthésie, c'est un des symptômes les plus difficiles à envisager au point de vue de la pathologie. Tantôt, en effet, il y a altération nerveuse, c'est ce que l'on a pu observer dans certains cas de névralgie de la face avec anesthésie ; c'est probablement ce qui a lieu dans la sciatique ; tantôt ce sont les extrémités nerveuses qui sont comprimées, altérées dans leur texture (sclérodermie, lèpre, pellagre), tantôt enfin c'est une véritable paralysie reflexe (hystérie, etc.) ou discrasique (syphilis).

Si j'ai su mettre assez de clarté dans cette analyse, on peut voir que sous le titre de maladies cutanées nerveuses l'auteur a passé en revue presque toute la pathologie cutanée : doit-on comme lui rattacher aux troubles de l'innervation toutes ces métamorphoses élémentaires des tissus cutanés, ou bien admettre de véritables phénomènes inflammatoires dont les phases se rapportent à la vie indivi-

Digitized by Google

duelle des éléments? C'est ce que nous ne saurions dire ici ; ce n'est donc pas un simple chapitre de dermatologie descriptive, c'est une page de physiologie générale de la plus haute importance.

Docteur D. MOLLIÈRE.

Digitized by Google

IV

SUR LA RÉSORPTION DES MATIÈRES NON DISSOUTES CHEZ LES MAMMIFÈRES,

Par le Dr Henri AUSPITZ, de Vienne.

(*Suite.*)

IIe SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Injections d'amidon, tenu en suspension dans l'eau, dans la cavité abdominale.

5 Expériences (XIII à XVII).

Chez plusieurs cochons d'Inde et lapins, la peau du ventre fut piquée avec l'aiguille d'une seringue à injection sous-cutanée, au niveau de la moitié inférieure de l'abdomen, puis, la mobilité de l'aiguille dans la cavité abdominale étant bien constatée, le liquide laiteux fut injecté lentement. Cela se fit généralement sans qu'une seule goutte de liquide s'écoulât au dehors. Les animaux ne réagissaient aucunement.

Dans quelques cas nous avons retrouvé à l'autopsie les restes de l'amidon injecté, sous forme de bouillie épaisse, comme coagulée, dans les parties déclives du ventre.

Sept expériences de ce genre ont été faites; mais dans deux cas, pour différents motifs, les animaux n'ont pu être examinés ultérieurement. Les résultats fournis par les cinq autres injections ont été en résumé les suivants :

Deux lapins (Exp. XII, 16 janvier, et Exp. XV,

Digitized by Google

19 janvier 1871) sont morts de diarrhée le second jour; un seul (XV) a été atteint de péritonite. Les trois autres animaux furent tués : un seul (Exp. XVII, 8 février) présentait des phénomènes inflammatoires (exsudat purulent). Je vais relater ce dernier fait avec quelques détails.

Expérience XVII (8 février 1871). 5 grammes de lait d'iodure d'amidon furent injectés à un cochon d'Inde. Au bout d'une heure on trouva dans le sang des oreilles (qui avaient été soigneusement enveloppées pendant l'expérience) une très-grande quantité de petites gouttelettes graisseuses du volume des globules rouges du sang, et même au-dessous de ce volume. Çà et là il y avait quelques grains d'amidon. Quatre heures après l'injection, le sang de l'oreille contenait une quantité considérable de leucocytes réunis en groupes, au contraire le nombre des grains d'amidon semblait avoir diminué. La graisse a complétement disparu. Quelques heures plus tard le nombre des leucocytes même était redevenu normal.

Douze heures après l'injection l'animal était complétement aphone (accidentellement?), mais il mangeait bien et paraissait être tout à fait en bon état. Le jour suivant il fut tué à l'aide d'une injection de chloral. Dans le sang de la veine jugulaire il n'y avait ni graisse ni amidon; les leucocytes étaient en quantité normale.

Il n'existait dans la cavité abdominale aucune trace de dépôt d'amidon; la paroi de l'intestin était faiblement injectée, le foie était très-hyperémié; la bile était décolorée. Sur le bord inférieur du lobe gauche du foie se trouvait une bande blanche, large de 2 millimètres environ, qui se laisse facilement enlever. Des stries semblables, d'une matière blanche et filiforme, existaient également sur le mésentère, dont les veines, fortement remplies, étaient comme disséminées sur le feuillet viscéral du péritoine, tandis que la paroi pariétale de celui-ci était intacte.

Digitized by Google

Les poumons étaient affaissés, exsangues, le cœur était revenu sur lui-même. Le pharynx était normal. Les stries blanches qui existaient sur le bord du foie et sur le mésentère étaient formées par des cellules de pus, dont un certain nombre contenaient dans leur intérieur un ou plusieurs petits grains d'amidon qui se colorèrent en bleu par l'addition d'iode. En outre il y avait des grains d'amidon libres, la plupart d'un très-petit volume.

Le foie lui-même, dont on fit congeler un petit morceau pour servir à une préparation microscopique, présentait seulement à la partie inférieure du lobe gauche, au niveau du point où se trouvait la bande d'exsudat purulent, un grand nombre de petits grains d'amidon, isolés ou réunis en grumeaux, situés à différentes profondeurs dans le tissu hépatique. Les cellules même du foie ne renfermaient, par contre, aucun grain d'amidon. Il n'y en avait pas non plus dans la rate, dans les reins, ni dans les poumons. Dans le centre phrénique se trouvaient de petit grains d'amidon situés à différentes profondeurs, de même que dans les canalicules lymphatiques de la même région.

Ainsi, tandis qu'il n'y avait pas d'amidon dans les poumons de cet animal, l'exsudat purulent que l'on trouva sur le bord du foie contenait de l'amidon, le foie lui-même en renfermait. Il semble que dans ce cas l'amidon n'a pas traversé la circulation pulmonaire pour arriver dans le foie et dans l'exsudat dont nous avons parlé, mais qu'il a passé directement de la cavité abdominale dans l'exsudat purulent qui probablement existait avant l'injection. Ce fait intéressant concorde pleinement avec ce que j'ai observé dans un cas d'injection sous-cutanée, dont je parlerai plus tard (IIIe série d'expériences), et dans lequel je trouvai de l'amidon dans des abcès du foie.

Chez les quatre autres animaux, je constatai l'existence de quelques grains d'amidon dans les poumons à différentes

Digitized by Google

profondeurs; au contraire, il n'y en avait que fort peu dans le foie, la rate et les reins.

J'ai constaté, dans un cas (Exp. XVII), la présence d'une quantité considérable de cellules graisseuses dans le sang, et, dans deux cas, une augmentation des leucocytes (Exp. XVI et XVII). Ce qui prouve que ce n'était pas là un fait accidentel, c'est que la quantité des cellules graisseuses augmenta d'abord lentement, puis décrut progressivement; c'est aussi l'augmentation des globules blancs du sang. Ce fait est-il dû à l'injection d'amidon? cela me paraît très-douteux et je crois qu'on doit plutôt l'attribuer à l'affection du foie qui existait chez l'animal soumis à l'expérience.

IIIe SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Injections pratiquées dans le tissu cellulaire sous-cutané avec de l'amidon suspendu dans l'eau (sur des cochons d'Inde et des lapins).

9 expériences (XVIII à XXVI).

Chez ces petits animaux j'ai injecté soigneusement sous la peau du dos 8 à 16 grammes de lait d'amidon de riz. Des bosses volumineuses qui se formaient sous la peau nous apprenaient que l'injection avait réussi.

Dans les neuf expériences que j'ai ainsi pratiquées, les résultats généraux ont été les suivants :

Dans deux cas on trouva une assez grande quantité d'amidon dans les poumons ; dans les autres cas il n'y en avait que quelques grains isolés çà et là. Chez ces deux animaux on trouva aussi des grains d'amidon déposés dans la substance même des muscles du cœur. Dans les autres viscères il n'y avait que quelques grains isolés, ou même pas du tout ; cinq fois nous trouvâmes dans le sang des oreilles quelques grains d'amidon, quatre fois il n'y en avait pas ;

Digitized by Google

deux fois on trouva dans le cerveau des ecchymoses qui contenaient des grains d'amidon (Exp. XIX et XX, 15 et 22 décembre 1870); enfin dans un autre cas (Exp. XVIII, 14 décembre 1871) il y avait dans le foie de petits dépôts purulents du volume d'une tête d'épingle, qui contenaient également de l'amidon; les autres viscères abdominaux ne présentaient aucune altération. Doit-on voir dans ces trois faits les résultats de l'injection? je ne saurais trancher cette question. Toutefois la présence de grains d'amidon dans les ecchymoses et les abcès est intéressante à noter. Ce qui m'a particulièrement frappé dans l'expérience XVIII, c'est que dans les abcès du foie les grains d'amidon se trouvaient à côté des cellules purulentes et non pas dans leur intérieur; tandis que dans l'expérience XVII de la IIe série la présence des grains d'amidon dans l'intérieur même des cellules exsudatives a été parfaitement constatée; ce qui donne à penser que dans ce dernier cas il y a eu transport direct des grains d'amidon par contiguïté.

J'ai négligé de rapporter en détail les procès-verbaux des deux dernières séries d'expériences. Mais si l'on considère les résultats qu'elles ont fournis dans leur ensemble, on ne peut s'empêcher de croire qu'il est possible et même probable qu'il y ait eu là absorption de l'amidon. Quant à l'affirmer d'une manière positive, je pense que ces expériences ne nous y autorisent toujours pas. Car dans presque tous les cas, on n'a jamais trouvé les grains d'amidon qu'isolés, soit à l'intérieur des organes où ils avaient profondément pénétré, soit aussi dans le sang. Aussi doit-on se demander s'il ne faut pas attribuer à quelque cause d'erreur la présence de ces grains d'amidon dans les organes. Peut-être est-elle due à ce que l'on n'a pas suffisamment approprié les parties extérieures, d'où les grains d'amidon, en raison de leur petit volume et de leur faible poids, ont pu pénétrer à l'intérieur. J'ai cependant pris toutes les pré-

Digitized by Google

cautions possibles à cet égard. Je me suis servi, pour une partie de mes expériences, d'iodure d'amidon, la couleur foncée de ses grains permettant de voir facilement si la peau n'a pas été parfaitement nettoyée. J'ai toujours veillé avec le plus grand soin à ce que pendant l'injection il ne s'écoulât pas de liquide extérieurement, et nous y avons réussi dans la plupart des cas. Avant d'examiner les différents organes, j'avais toujours soin de nettoyer exactement le porte-objet et les verres du microscope, ainsi que tous mes instruments, et les réactifs de l'amidon étaient préalablement essayés. Quelquefois, avant d'examiner un organe qui avait été injecté avec de l'amidon blanc, je le plongeais entièrement dans la teinture d'iode, puis je le laissais sécher, et prenant une tranche dans la profondeur du tissu, je la plaçais sous le microscope et là j'ajoutais aussitôt la solution d'iodure de potassium ioduré. On pouvait donc conclure que les grains bleus qui se montraient sous l'influence du réactif provenaient réellement de la surface soumise à l'examen. Dans certains cas j'ai brûlé toute la surface de l'organe que je voulais examiner, avec la potasse caustique, et je prenais une tranche dans la profondeur de l'organe. Enfin, je me lavais toujours soigneusement les mains avant chaque examen, et j'évitais de toucher des objets contenant de l'amidon, tels que du papier, du linge empesé, etc... Malgré toutes ces précautions, je n'ai pas pu arriver à une certitude absolue. Aussi aurais-je désiré prendre pour mes expériences un autre corps que l'amidon. Mais je n'en ai pas trouvé qui offrît au même degré les avantages que j'ai indiqués plus haut : sa surface lisse, son faible poids spécifique, ses dimensions, son insolubilité et son peu d'altérabilité lorsqu'il est en contact avec les tissus, enfin la facilité avec laquelle on peut le reconnaître. Pour tous ces motifs, je ne pouvais pas renoncer à l'amidon ; mais seulement je m'ingéniai à trouver

Digitized by Google

une méthode qui pût faciliter l'absorption des grains d'amidon et par conséquent augmenter le nombre de ceux qui pénètrent dans les organes.

Je pensais atteindre ce but en employant la graisse, qui dans certaines conditions est sûrement absorbée, au moins par l'intestin, espérant qu'à l'aide de ce moyen je pourrais faire absorber des quantités plus considérables d'amidon.

De plus, certains faits pharmaco-dynamiques qui, bien que généralement connus, n'avaient pas été jusqu'ici mis complétement en lumière, témoignaient en faveur de la possibilité de cette absorption. Je veux parler du passage incontestable du mercure dans les liquides de l'économie, observé à la suite de frictions faites avec l'organe mercuriel, fait que nous avons déjà précédemment relaté et apprécié.

Partant de ces principes, j'ai entrepris les deux séries suivantes d'expériences.

(*La suite au prochain numéro.*)

Digitized by Google

V

ÉTUDES ET OBSERVATIONS SUR LA SYPHILIS INFANTILE ET SUR UNE FORME SUSPECTE DE SYPHILIS CHEZ LES ENFANTS A LA MAMELLE

Par le Dr **GAÉTANO CASATI**

Médecin en chef de l'hôpital des enfants exposés et des femmes en couches de Milan

Traduit de l'italien par le Dr Daniel MOLLIÈRE
Chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de Lyon

(Extrait des *Annali universali di medicina.*)

(*Suite.*)

Pustules au palais, à la langue, aux gencives, etc... — Parmi les diverses lésions syphilitiques chez les nouveaux nés, la première que l'on voit apparaître est, en général, la pustule buccale. Elle peut se développer sur les lèvres, les gencives, la langue ou le palais. Ces deux dernières régions sont les plus fréquemment affectées. Leur nombre est variable: 1, 2, 3, 4 et même plus. Elles peuvent constituer longtemps le seul symptôme de la maladie, et se guérir complétement, sans être de longtemps suivies par d'autres accidents. La pustule est presque toujours précédée par une rougeur intense, limitée, au centre de laquelle elle apparaît. La largeur est de 2 ou 3 millimètres, 1 centimètre au plus; la couleur est blanchâtre ou jaunâtre. La forme est oblongue, ovale ou circulaire, jamais carrée. Elle occupe parfois une surface irrégulièrement rectangulaire, entourée par une zone rougeâtre, accompagnée d'un

Digitized by Google

état inflammatoire de la muqueuse palatine, de la langue, des lèvres. Je l'ai vue apparaître dès le quinzième jour après la naissance, d'autres fois le quinzième ou vingtième jour. Avec le temps cette pustule s'élargit, s'étend, petit à petit gagne en profondeur, la muqueuse se détruit, et l'ulcération peut arriver jusqu'aux os, jusqu'à la voûte palatine, qui peut se dénuder et donner une sensation de rugosité; jamais pourtant elle n'est perforée. L'existence de cette pustule, qui le plus souvent constitue le premier symptôme de la syphilis infantile (1), symptôme fréquent et facile à observer, a été décrite pour la première fois par notre compatriote Paletta, dans une note de la traduction de l'ouvrage de Rosenstein sur les maladies des enfants, p. 406 (2); et comme sa description me semble parfaitement exacte, je crois devoir rapporter les propres paroles de notre illustre chirurgien:

« Le professeur Moscati a appelé l'attention sur un autre signe qui, en l'absence de tous les autres, permet de reconnaître les enfants suspects, et de prendre à leur égard les précautions nécessaires. En effet, lorsque apparaissent les raghades et les ulcérations anales, amygdaliennes ou palatines, il n'est plus temps de prendre les mesures nécessaires pour que la nourrice échappe à la contagion, à

(1) Je ferai remarquer que lorsque la pustule se développe sur le palais ou la langue, c'est une preuve que la syphilis, restée latente jusqu'ici, commence à donner les premiers signes de sa présence, mais n'a point encore pris complétement possession de l'enfant. L'autopsie des viscères est en effet presque toujours négative, lorsque la pustule seule s'est montrée. On observe en général que l'hépatisation pulmonaire (pneumonie lobulaire) est une lésion qui, comme on le verra dans ce travail, n'est pas certainement syphilitique. Je l'ai vu en effet coexister avec des ulcérations et des erythèmes graves suffisant pour faire suspecter les enfants, mais non pour affirmer la syphilis.

(2) *Traité des maladies des enfants*, de Nicolo Rozen de Rosenstein, trad. de Jean-Baptiste Paletta, Bassano, 1798.

Digitized by Google

moins que l'on ne se guide sur le signe que je vais indiquer. Tous les enfants, au moment de leur naissance, ont une coloration rouge de la bouche; cette rougeur se dissipe petit à petit, mais persiste plus longtemps sur le voile du palais et l'extrémité de la voûte palatine, et malgré la coloration plus pâle que présentent les enfants bien portants, on observe souvent chez eux une ou deux petites pustules blanches situées au niveau de l'union des os palatins avec le voile du palais. Cette pustule, ainsi que la rougeur qui l'accompagne, disparaissent à mesure que l'union des os devient plus parfaite. Mais si vous apercevez sur la voûte palatine et le voile du palais une rougeur vive et brillante permanente, en l'absence même de tout autre symptôme, vous pouvez avoir les plus vifs soupçons; et, si la nourrice ressent, en allaitant, une sensation de brûlure au mamelon, vos présomptions deviendront de plus en plus fortes. Bientôt, en effet, la papille et toute la région qui l'entoure vont rougir, une petite ulcération va paraître, tous les topiques seront inutiles, et l'organisme tout entier sera infecté. » Voici le texte de Monteggia (1): « Si la mère porte un ulcère, le signe le plus constant, le premier que l'on observe chez l'enfant, est une rougeur vive, à laquelle succède une ulcération blanchâtre lardacée, qui siége à l'union du voile du palais et de la voûte palatine, précisément dans le point où, sur les enfants sains, on observe des glandes sébacées

(1) *Compendium des maladies vénériennes*, du doct. G. F. Fritze, traduit par J.-B. Monteggia, 3e édition italienne, Milan, 1806; note du traducteur sur les maladies vénériennes des enfants et des nourrices, p. 242. Cette note a d'autant plus de valeur, que dans un ouvrage précédent (*Annotations pratiques sur les maladies vénériennes*), édit. de Milan, 1793, page 242, en traitant des maladies vénériennes des enfants et des nourrices, Monteggia écrivit ces lignes : « L'ulcère palatin peut être aussi le résultat de la maladie aphteuse des nouveau-nés. » Il n'est pas donné une description plus nette de cet ulcère palatin dans ses écrits ultérieurs.

Digitized by Google

blanchâtres qui disparaissent bientôt avec l'âge. — Ce petit ulcère palatin apparaît de très-bonne heure, dès la première semaine qui suit l'accouchement, et n'amène pas immédiatement l'engorgement des ganglions du cou. Quelques jours, quelques semaines suffisent pour le voir disparaître, même sans aucun traitement. » — Et plus loin il ajoute que le petit ulcère vénérien du palais est le premier signe, le signe le plus certain du mal vénérien, que c'est la lésion primitive qui produit, quelques mois après, des symptômes secondaires, deuxième phase de la syphilis infantile, qu'il est facile de distinguer de cet ulcère primitif des nouveau-nés.

Aucun auteur, à ma connaissance, n'a considéré ce symptôme comme la première manifestation de la syphilis chez les enfants. Nous trouvons mentionné dans Diday : « Un » ulcère superficiel et restant tel, offrant toujours une » forme arrondie, en croissant, en fer à cheval, en ellipse, » à couleur blanche, diphtéritique, ne devenant rouge que » sur le point de guérir, voilà les caractères de cette ulcé- » ration (1). » Mais, dans cette description, cet auteur a en vue les plaques muqueuses, et rapporte que le point où elles s'observent le plus facilement est la face interne des lèvres; il est donc permis de penser qu'il n'avait point en vue la forme morbide décrite par Paletta et Monteggia, et qu'il m'a été donné de rencontrer aussi sur les enfants syphilitiques. Ce n'est point non plus à cette forme, croyons-nous, que fait allusion Trousseau (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, vol. III, p. 278), lorsque, à propos de la syphilis infantile, il décrit des plaques muqueuses qui occupent les piliers antérieurs et postérieurs, et non la paroi postérieure du pharynx, qui sont peu saillantes, très-super-

(1) *Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*, Paris, 1854, p. 104.

Digitized by Google

ficielles, sans sécrétion, et qu'il faut se garder de confondre avec des plaques dyphtéritiques. Il en est de même de ces légères élevures, de forme lenticulaire, de couleur blanche, qui se développeraient sur la langue et pourraient se propager jusqu'à l'arrière-gorge et au larynx. (VIDAL, *Traité des maladies vénériennes*, p. 496.) Bouchut ne fait pas allusion à ce phénomène, puisqu'il considère comme extrêmement rares les ulcérations palatines (1). Guérin (2) n'en dit pas un mot. Il en est de même de Minich de Venise et d'autres (3); on en trouve une très-bonne description dans Buffini (4). Mais il considère notre pustule comme une manifestation primitive appartenant plutôt à la syphilis acquise qu'à la syphilis héréditaire; nous ne saurions partager cette opinion (5).

Cette petite pustule, qui souvent est la seule manifestation que l'on puisse observer, et qui d'autres fois apparaît en même temps que d'autres, est, comme nous l'avons dit, ordinairement isolée sur le palais. Il arrive cependant quelquefois que l'on en trouve plusieurs sur le même sujet, elles présentent alors des dimensions variées et sont situées les unes à côté des autres. Vous les rencontrerez en même temps que l'onyxis, que la desquamation digitale, que les ulcérations axillaires et inguinales de couleur rouge foncé, presque cuivreux, rebelles à toute espèce

(1) *Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle*, etc., 4e éd., p. 991.

(2) *Maladie des organes génitaux externes de la femme*, p. 220 et suivantes.

(3) *Sur la syphilis des enfants*. (Journal vénitien des sciences médicales, s. III, volume II).

(4) *Considérations historiques, économico-statistiques et morales, au sujet de l'hospice des enfants trouvés de Milan*, part. II, p. 106.

(5) J'aurais volontiers abordé cette question; mais je me tais aujourd'hui, me réservant d'y revenir quand le temps et une expérience plus approfondie me permettront de la traiter plus au long.

Digitized by Google

de traitement. Et je pourrais appuyer mon assertion sur plus d'un fait, pour prouver que cette forme est bien certainement de nature syphilitique, que c'est bien là sa première manifestation chez l'enfant, et qu'elle mérite d'attirer d'une manière toute spéciale l'attention du médecin, en particulier de celui qui, se trouvant à la tête d'une crèche, doit décider de la destination à donner aux enfants qu'on apporte à l'hospice, alors que les anamnestiques et tous les autres signes font défaut.

En effet, sur 104 enfants dont j'ai noté l'observation, chez 65 la pustule linguale ou palatine s'est montrée avant la fin du premier mois. Voici, du reste, un tableau qui résume tous ces cas :

Digitized by Google

AGE.	NOMBRE d'enfants.	AGE.	NOMBRE d'enfants
1 jour.....	1	1 mois 2 jours.....	4
2 —	1	1 — 3 —	1
3 —	3	1 — 4 —	1
4 —	1	1 — 10 —	1
5 —	6	1 — 11 —	1
6 —	2	1 — 12 —	1
7 —	12	1 — 13 —	1
8 —	14	1 — 14 —	1
9 —	7	1 — 16 —	1
10 —	9	1 — 17 —	1
11 —	6	1 — 19 —	1
12 —	2	1 — 21 —	1
13 —	2	1 — 23 —	1
14 —	1	1 — 24 —	1
15 —	»	1 — 25 —	1
16 —	2	1 — 29 —	1
17 —	2	2 mois 10 jours.....	1
18 —	1	2 — 11 —	1
19 —	2	2 — 14 —	1
20 —	1	2 — 25 —	1
21 —	»	3 mois 2 —	1
22 —	3	3 — 5 —	1
23 —	1	6 mois 1 jour.....	1
24 —	»	6 — 27 —	1
25 —	1	8 mois 16 jours.....	1
26 —	1		
27 —	1		
28 —	»		
29 —	3		
30 —	»		
31 —	1		

Qu'on ne s'imagine pas cependant que la recherche de

Digitized by Google

cette pustule soit toujours facile. Les erreurs peuvent venir de deux sources différentes : 1° la coexistence du muguet ; 2° la présence d'une autre lésion ulcérative qui la peut simuler.

Le muguet est formé par une masse d'albumine concrète, gorgée d'oïdium albicans, qui apparaît à la surface de la membrane muqueuse de la bouche. Elle se montre sous la forme de petites granulations blanchâtres discrètes ou confluentes, comme de petits grains de lait caillé disséminés dans la bouche. Elle se développe souvent dans les lieux où beaucoup d'enfants se trouvent réunis, dans les crèches par exemple.

A son début on observe une rougeur ordinairement limitée, qui peut s'étendre pourtant à toute la surface de la bouche. Lorsque cette rougeur est limitée, elle se peut facilement confondre avec celle qui précède le développement de la pustule syphilitique. D'autre part, si la rougeur du muguet s'étend à toute la bouche, elle peut faire méconnaître celle de la pustule, surtout à un œil peu exercé, ou si l'on n'apporte pas assez de minuties dans son examen. Un médecin inexpérimenté, non-seulement peut méconnaître la pustule, mais il peut la confondre avec le muguet ; il évitera l'erreur en se souvenant que le muguet est d'une couleur blanchâtre, rarement jaune (il ne prend cette teinte que lorsque l'enfant a bu des sirops, a subi des lavages avant l'examen), qu'il est formé par de petits grains qui se réunissent en îlots isolés dans la forme discrète, qui couvrent la bouche tout entière dans la forme confluente, tandis que la pustule syphilitique a une couleur blanc jaunâtre, qu'elle ne présente pas de granulations comme l'oïdium albicans, et que lorsque la pustule vient à se rompre on observe une petite perte de substance, une ulcération, lisse au toucher et qui ne donne une sen-

Digitized by Google

sation rugueuse que lorsque l'os a été mis à nu, ce qui est tout à fait exceptionnel.

En attaquant le muguet par des moyens locaux (borax, miel, solutions étendues de sulfate de zinc, bi-carbonate de soude), on le voit disparaître avec une extrême rapidité, surtout s'il est idiopathique. Au-dessous de lui on trouve une muqueuse rouge, mais intacte. Tous ces moyens ne peuvent rien contre la pustule syphilitique. Si le muguet est symptomatique de quelque maladie des intestins, de l'estomac, des poumons, etc., vous le ferez disparaître en combattant ces maladies. Si votre pustule existe en même temps, elle devient de plus en plus évidente. Et si l'enfant ne succombe pas, au bout d'un certain temps commencera un processus réparateur sous l'influence duquel la pustule ou l'ulcération qui l'a suivie va diminuer et disparaître, laissant à sa place une cicatrice qui ne disparaît que beaucoup plus tard.

Buffini prétend aussi que l'allaitement artificiel hâte la disparition de cet ulcère (1). J'ai souvent observé ces cicatrices sur des enfants en pleine syphilis que l'on apportait à l'hôpital. En interrogeant les nourrices qu'ils avaient infectées, elles m'ont dit avoir vu dans les premiers temps des *aphtes* dans la bouche de ces enfants, aphtes qui leur occasionnaient une sensation de brûlure extrêmement vive, lorsqu'elles leur donnaient le sein. J'ai bien souvent noté cette sensation de brûlure accusée par les nourrices au moment où des enfants infectés prenaient le sein, Paletta la signale également. Aussi toutes les fois qu'une nourrice accusera une pareille sensation, alors que l'on ne voit au mamelon ni rougeur, ni irritation, ni excoriations, ni gerçures, si l'on est sûr qu'elle n'a point intérêt à tromper, il faudra regarder avec soin la bouche de

(1) *Op. cit.*, p. 106.

Digitized by Google

l'enfant, c'est là que l'on trouvera probablement la cause de ce symptôme.

Examinons maintenant les autres lésions que l'on peut rencontrer dans la bouche des petits enfants et confondre avec notre pustule:

1° Quand elle se développe vers la pointe de la langue, au niveau du frein, on peut la confondre à son début, avec une petite *plaie consécutive à la section ou à la déchirure du frein*, car, en général, on ne connaît pas les anamnestiques. Mais en examinant avec soin l'état général de l'enfant et l'aspect du frein, on arrivera presque toujours au diagnostic. Mais si l'on ne peut arriver immédiatement à ce résultat, il faudra tenir l'enfant en observation pendant un ou deux jours, et s'il s'agit véritablement d'une pustule syphilitique dont la marche et le développement est assez rapide, elle ne tardera pas à présenter son aspect tout à fait caractéristique; tandis qu'une plaie simple du frein (par section ou déchirure) marchera rapidement vers la guérison, que l'on pourra du reste hâter en la touchant légèrement avec la pierre infernale, si la cicatrisation marchait trop lentement.

2° *Les aphtes*. Ils se présentent sous la forme de petites vésicules d'une couleur blanche ou jaune, transparents; ils peuvent parfois prendre une teinte noirâtre, pour ainsi dire gangreneuse. Rarement idiopathiques, ils sont presque toujours le symptôme d'une maladie générale, des lésions de l'appareil gastro-intestinal par exemple. Ils peuvent encore reconnaître pour cause une alimentation vicieuse; des digestions pénibles, l'inhalation d'un air malsain ou fétide. Ils parcourent leurs phases beaucoup plus rapidement que la pustule syphilitique, et cèdent à l'usage des remèdes locaux (astringents), disparaissent avec la maladie qui les a engendrés (purgatifs huileux) ou les causes qui les ont produits. (Régime convenable, grand air, séquestration, etc...

Digitized by Google

3° *Les ulcérations de la langue*, que l'on observe à la face inférieure de cet organe, *chez les enfants affectés de toux convulsive*. Dans ces circonstances, on voit naître au niveau du frein une sorte de vésicule jaunâtre produite par un épaississement de l'épiderme mortifié. Elle est suivie, même sans suppuration, d'une petite ulcération grisâtre, lardacée, qui disparaît en même temps que la maladie principale. Cette ulcération dépend donc, si l'on veut, d'une affection générale ou plutôt des frottements subis par la langue contre le rebord alvéolaire inférieur, pendant les accès de toux. Pour différencier cette ulcération de la pustule syphilitique, il suffit de constater s'il y a oui ou non des accès de toux convulsive. Elle est extrêmement rare pendant les premiers temps de la vie; au reste, l'ulcère ne se peut produire que lorsque l'enfant a des dents qui ne percent qu'à un certain âge, à part ces cas exceptionnels où l'on en a observé une ou deux chez des malades qui ne comptaient encore que quelques jours de vie extra-utérine.

4° *L'ulcération linguale*, qui peut survenir *par la pression des dents* ou de quelque irrégularité pointue du rebord alvéolaire inférieur. La présence de cette dent ou de cette irrégularité et la rapidité de la guérison, dès que l'on a fait disparaître cette cause, suffisent amplement pour établir un diagnostic différentiel.

5° *La stomatite simple* peut quelquefois, par sa couleur rouge et l'état d'irritation qu'elle entretient dans toute la bouche ou dans quelqu'une de ses parties, faire confondre cet état avec la période qui précède le développement de la pustule syphilitique; mais l'étendue de la lésion à toute la surface buccale, sa disparition sous l'influence de légers astringents, la non-apparition de la pustule, ne laisseront pas longtemps l'observateur dans le doute.

6° *La stomatite ulcéreuse* ou *ulcéro-membraneuse*, que l'on peut considérer comme un degré plus avancé et plus

Digitized by Google

grave de la forme précédente, amène une tuméfaction de toute la cavité buccale, avec élévation de la température, rougeur diffuse très-apparente, avec ulcération ou érosions à contours rouges, saignant facilement, à fond grisâtre, recouvertes d'une couche épaisse de mucus, ou par une pseudo-membrane. On la distingue de l'aphte par son moindre relief. La rapidité du développement de cette lésion, l'étendue de l'ulcération, l'aspect général de la bouche, et ce fait qu'elle est presque toujours symptomatique d'une affection des voies digestives, sa disparition rapide sous l'influence des topiques et des remèdes qui s'adressent à la maladie générale, son apparition fréquente, surtout vers l'époque de la dentition, permettent de distinguer cette forme de la pustule syphilitique.

7° *Les premiers stades de la gangrène de la bouche* sont tout d'abord marqués par de la rougeur, des aphtes, des ulcérations. Mais, au bout de quelque temps, surviennent des symptômes qui ne laissent plus aucun doute (fétidité de l'haleine, salivation, gonflement des tissus).

8° *Les escharres* consécutives aux plaies ou ulcérations que produisent si facilement la bouillie ou les aliments trop chauds sur la muqueuse des nouveaux nés si sensible et si délicate. Les antécédents, si l'on peut les obtenir, quelques jours d'observation et surtout un peu d'habitude feront facilement distinguer cette lésion de celle qui nous occupe.

Mais, peut-on m'objecter, considérez-vous cette pustule comme certainement syphilitique, et, s'il en est ainsi, pourquoi ne la donnez-vous pas comme telle, pourquoi la considérez-vous seulement comme suspecte? A cette question, qui vient tout naturellement à l'esprit, je puis répondre en quelques mots : C'est qu'il reste encore bien des doutes dans mon esprit. J'avais cru tout d'abord, il est vrai, que cette pustule était syphilitique, et cette opinion me paraît

Digitized by Google

e la plus probable; mais je m'abstiens de rien pouvant encore donner aucune preuve cer- efois les raisons qui me portent à revenir à on :

idère comme un signe douteux de sy- nteggia n'hésite pas à se prononcer; le premier accident. Diday, Trousseau, nt d'altérations syphilitiques qui s'en rappro- beaucoup, et Buffini affirme sa nature syphilitique out en la considérant comme l'accident primitif, quoiqu'il soit, par conséquent, probable qu'il ait en vue non plus cette pustule, mais le véritable ulcère infectant de l'allaitement.

2° Elle résiste à tous les traitements qui font d'ordinaire disparaître la diphterite, le muguet et les autres affections aphteuses de la bouche.

3° L'ulcération qui lui succède.

4° Elle précède ou accompagne d'autres symptômes syphilitiques.

Mais à cela l'on peut répondre :

Que je ne l'ai jamais observée sur les enfants de femmes dont j'aie moi-même constaté la syphilis. C'est que les mères sont alors jugées immédiatement impropres à devenir nourrices, et leurs enfants sont envoyés à Luogo-Pio, dans le service des exposés qui m'est confié. J'ai suivi avec le plus grand soin tous ces enfants; pas une fois ils n'ont présenté ma pustule. Il est vrai que, chez eux, l'allaitement artificiel en empêche le développement. Ce sont d'autres formes morbides qui se manifestent.

Digitized by Google

REVUE DES JOURNAUX.

LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE DANS SES RAPPORTS AVEC LES PSYCHOSES, PAR LE DOCTEUR WILLE, MÉDECIN EN CHEF DE L'ASILE DE RHEINAU (ZURICH).

Cette question, quoique déjà souvent traitée par les médecins aliénistes, est revenue ces derniers temps à l'ordre du jour de leurs études, et mérite en effet toute leur attention, d'autant plus que l'examen clinique et anatomo-pathologique de la syphilis encéphalique a beaucoup avancé les investigations psychiatriques correspondantes.

La psychose syphilitique se présente sous deux formes : faiblesse intellectuelle congénitale, et maladie mentale acquise ; c'est cette dernière forme seule que le docteur Wille a étudiée dans son mémoire.

Bien des points sont encore à élucider dans l'histoire de l'étiologie des psychoses syphilitiques ; d'après les observations personnelles du docteur Wille, on rencontre la syphilis comme cause d'aliénation mentale chez 2 à 2,5 p. 100 des malades ; toutefois, il est probable qu'en réalité la proportion est bien plus considérable, il n'y aurait qu'une statistique générale d'un grand nombre d'asiles et établie sur les mêmes bases qui pourrait donner des chiffres certains.

Les observations du docteur Wille embrassent 77 cas, dont 11 lui sont personnels.

Le symptôme le plus fréquent de l'aliénation syphilitique est une démence progressive avec perte considérable de la mémoire, mais sans idées de grandeurs ou de richesses ; cet état est très-ordinairement précédé d'une

Digitized by Google

période prodromique de dépression mélancolico-hypochondriaque.

L'aliénation syphilitique aiguë peut revêtir toutes les formes connues des maladies mentales, et souvent elle alterne avec l'état de dépression et d'affaiblissement intellectuel mentionné plus haut. Presque toujours existent, en outre, des symptômes de troubles cérébraux physiques, tels que paralysies ou hyperesthésies de l'un ou de l'autre nerf cérébral, hemiplégies, phénomènes d'irritation, convulsions, tremblement musculaire, etc.; il faut encore ajouter ici les douleurs céphalalgiques caractéristiques.

L'aliénation syphilitique peut éclater aussitôt après l'infection; mais souvent aussi elle est précédée d'accès epileptico-apoplectiformes, à la suite desquels elle se développe insensiblement; parfois enfin, elle se présente sous la forme de manie ou de mélancolie aiguës, ou de délire aigu; mais ce sont là les cas les plus rares, car, comme on l'a vu plus haut, l'affection a le plus souvent un but insidieux et une marche chronique, sous forme de démence progressive.

On peut distinguer trois groupes principaux de folie syphilitique :

1° Les simples formes irritatives ;

2° Les formes avec symptômes de troubles psychiques généraux ;

3° Les formes avec symptômes d'altérations organiques circonscrites du cerveau.

Le premier de ces groupes reconnaît ordinairement pour cause un état d'anémie du cerveau ; le second des altérations des méninges et un ramollissement général de l'encéphale, tandis que dans le troisième ce sont des lésions circonscrites, telles que le ramollissement inflammatoire partiel, avec affection des artères (athéromes, thromboses), et les néoplasmes gommeux qui paraissent jouer le prin-

Digitized by Google

cipal rôle. — Il faut ajouter que parfois l'autopsie (même dans des cas où existaient des symptômes cérébraux très-graves) ne donne nullement l'explication des troubles observés pendant la vie.

Le diagnostic de l'aliénation mentale syphilitique se base sur l'anamnèse, les symptômes de syphilis constitutionnelle concomitants, la symptomatologie physique et psychique, et la marche de l'affection, mais très-souvent on ne peut poser qu'un diagnostic de probabilité. La justesse du diagnostic devient à peu près certaine lorsqu'un traitement anti-syphilitique a fait disparaître les troubles psychiques, ou enfin lorsqu'on constate bien décidément une paralysie progressive avec démence chez un sujet âgé de moins ou de plus de vingt ans.

Quant au pronostic, il est favorable lorsque la psychose est primaire et sans complications; les cas dans lesquels il y a des convulsions, des paralysies localisées, sont douteux; ceux enfin qui offrent déjà les symptômes de la paralysie progressive sont des plus fâcheux.

Le traitement anti-syphilitique devra toujours être peu énergique en commençant; si l'iodure de potassium et les mercuriaux doux ne suffisent pas, on aura recours aux frictions d'onguent gris. Un régime tonique et fortifiant est toujours indiqué.

En terminant son mémoire, le docteur Wille, se basant sur les considérations étiologiques, symptomatologiques et anatomiques, se prononce d'une manière absolue contre la théorie qui fait de la psychose syphilitique et de la paralysie progressive des aliénés une seule et même maladie.

(*Annales médico-psychologiques, janvier* 1872.)

Digitized by Google

HYDROPISIE RÉNALE SYPHILITIQUE, PAR S. MESSENGER BRADLEY.

Il s'agit d'une observation d'albuminurie avec anasarque chez un enfant de 4 mois; les urines contenaient une grande quantité de cellules épithéliales et granuleuses, et une proportion d'albumine évaluée dans le tube-essai aux 4/5es; une syphilide squameuse généralisée avait précédé l'anasarque d'une semaine. M. Bradley, après s'être assuré que l'enfant n'avait pas eu la scarlatine, rattacha l'albuminurie à la syphilis, et institua un traitement mercuriel à l'intérieur et en frictions; au bout de trois semaines, les urines étaient redevenues normales, l'anasarque avait disparu, et l'éruption cutanée ne laissait plus de trace. Nous regrettons dans cette intéressante observation l'absence complète de renseignements sur la santé des parents de l'enfant. (*British medical journal.*)

ATROPHIE AIGUE DU FOIE COMPLIQUANT LE DÉBUT DE LA PÉRIODE SECONDAIRE DE LA SYPHILIS, PAR H. F. A. GOODRIDGE.

Un jeune homme de 20 ans, doué d'une santé parfaite, sans antécédents alcooliques, contracte la syphilis trois mois avant son entrée à l'hôpital, et se présente avec un ictère des plus foncés, datant de 4 jours, coïncidant avec une roséole du tronc et des lésions spécifiques de la bouche. Il meurt 12 jours après le début de l'ictère avec un appareil fébrile et des phénomènes de congestion cérébrale inutilement combattus par les dérivatifs les plus énergiques sur l'intestin.

A l'autopsie on trouve, outre une hyperémie des reins et du cerveau, une atrophie considérable du foie, dont les cellules sont remplacées par des granulations graisseuses dans le lobe gauche et une petite portion du lobe

Digitized by Google

droit, tandis que d'autres parties sont congestionnées ; les conduits biliaires sont libres dans toute leur étendue ; le tissu fibreux de l'organe n'est hypertrophié qu'au niveau du ligament suspenseur. Il est rare de voir la syphilis amener à son début des altérations aussi profondes et aussi aiguës dans le foie. (*British medical journal.*)

PARALYSIE LABIO-GLOSSO-LARYNGÉE DE NATURE PROBABLEMENT SYPHILITIQUE, PAR W. B. CHEADLE.

Observation manquant de plusieurs détails importants, mais suffisante néanmoins pour établir le diagnostic symptomatologique et étiologique. Il s'agit d'une femme de 42 ans ayant eu trois enfants mort-nés, précédés d'un premier enfant délicat mais qui a survécu ; après sa première couche elle a eu une éruption varioliforme généralisée.

Attaque d'hémiplégie droite complète avec perte de la parole, précédée de symptômes cérébraux prémonitoires pendant plusieurs mois (céphalalgie, obnubilation, etc.) M. Cheadle constate une amélioration rapide dans l'hémiplégie, mais la parole est embarrassée, nasale ; la malade ne peut tirer la langue hors de la bouche ; un premier traitement à l'iodure de potassium, puis au bi-iodure de mercure n'est pas supporté ; la paralysie bulbaire fait même des progrès ; les aliments s'arrêtent en dehors des arcades dentaires, puis sont rejetés par le nez ; la malade ne les sent pas ; la parole devient inintelligible ; l'intelligence est toujours restée parfaite. Après quelques applications de vésicatoires, on reprend l'iodure de potassium à la dose de 3 gr. par jour, et en moins d'un mois la guérison est presque complète. Un an après l'auteur rencontre sa malade parfaitement guérie.

(*Saint-George's hospital reports, vol. V.*)

Digitized by Google

SUR LA PATHOLOGIE DES GLANDES SUDORIPARES

Par le Dr Alexandre GAY

(Extrait de l'Institut anatomo-patholog. du professeur Recklinghausen)

Après avoir passé en revue tous les travaux publiés sur l'anatomie pathologique de la peau, on est obligé de convenir que, si quelques organes cutanés ont été l'objet de recherches plus ou moins nombreuses, la pathologie de certains autres a été entièrement négligée. A cette dernière catégorie appartiennent certainement les glandes sudoripares, bien qu'on puisse admettre *à priori* que, outre les affections indépendantes, qui doivent exister dans les diverses anomalies de la sécrétion de la sueur, elles participent encore aux autres maladies cutanées, principalement à celles de nature inflammatoire.

Dans mes recherches microscopiques mon but a été d'étudier plus spécialement les processus pathologiques des glandes sudoripares dans les inflammations cutanées; j'ai donc prêté à ces processus toute mon attention.

Mes observations ont eu d'abord pour objet l'éléphantiasis des Arabes, dont j'avais deux cas à ma disposition: l'un, emprunté aux préparations dans l'alcool du muséum anatomique de Würzburg, présentait un accroissement très-considérable du volume des deux jambes; le second, qui s'est offert à moi dans le cours de mes études, m'a fourni l'occasion d'étudier la peau à l'état frais et dans le liquide de Muller. Le processus, dans ce dernier cas, avait pour siége les deux jambes et le scrotum.

Quand on examine, à l'aide d'un faible grossissement, les coupes microscopiques de l'éléphantiasis des Arabes, on est tout d'abord frappé de ce fait, que la distance qui sépare les glandes sudoripares de la surface cutanée est plus considérable qu'à l'état normal; il semble que les glandes sudo-

Digitized by Google

ripares soient plus profondément situées dans le tissu du derme. Les conduits excréteurs sont devenus plus longs, mais ils présentent toujours, plus ou moins prononcé, leur aspect tortueux. Il est, en même temps, facile de constater que cet allongement correspond principalement à la partie du conduit excréteur située dans le tissu du derme, et non à celle qui appartient à l'épiderme.

Il faut rechercher la cause de ce phénomène dans ce fait, que l'éléphantiasis des Arabes est une inflammation cutanée de nature érysipélateuse, qu'il a par conséquent son siége dans le derme, notamment dans les couches superficielles, et que l'épaississement de la peau, résultant de la multiplication de ses éléments conjonctifs, s'accompagne aussi de la multiplication des éléments dans la paroi du conduit excréteur. Cette formation nouvelle du conduit excréteur, surtout au niveau de sa partie supérieure, qui correspond immédiatement aux papilles, n'est certainement pas invraisemblable, puisqu'on rencontre toujours, comme nous le verrons ci-dessous, un épaississement des parois de la glande, c'est-à-dire une multiplication de ses éléments conjonctifs. Les modifications de l'épithélium glandulaire, que nous allons étudier, parlent aussi en faveur de cette opinion et font rejeter l'idée d'un simple allongement.

Si l'on examine, à un grossissement plus considérable, des coupes microscopiques faites en des points de la peau faiblement épaissie, on constate que la couche d'épithélium des conduits excréteurs a augmenté d'épaisseur; il n'est pas rare d'obtenir des préparations qui laissent apercevoir jusqu'à cinq séries de cellules épithéliales; il n'en est toutefois pas toujours ainsi; il est, en effet, des préparations où, malgré l'épaississement de la couche épithéliale, on ne peut constater aucune augmentation dans le nombre des séries cellulaires; mais dans ce dernier cas, l'épaississe-

Digitized by Google

ment n'est jamais aussi considérable que dans le premier.

Si maintenant, pour découvrir l'explication de ce phénomène, nous examinons les cellules épithéliales elles-mêmes dans leur forme, leur aspect, etc., nous trouvons que dans le premier cas la grosseur de ces cellules n'est pas plus considérable qu'à l'état normal, mais que leur forme est très-différente et très-variable: les unes sont tout à fait aplaties, les autres cubiques, d'autres encore polygonales, triangulaires, etc.; leurs noyaux sont le plus souvent très-apparents, de grandeur variable, ils s'imbibent très-fortement de carminate d'ammoniaque, et sont tantôt arrondis, tantôt allongés, tantôt étranglés; dans le second cas les cellules sont plus grandes qu'à l'état normal, de forme différente, aplaties l'une contre l'autre, et présentent le plus souvent un noyau peu apparent, qui devient très-visible par l'acide acétique, à forme généralement arrondie ou ovalaire, plus rarement étranglée.

Ces résultats nous permettent de parler du gonflement de l'épithélium, de son hypertrophie, et de considérer ces deux phénomènes comme des périodes différentes d'un seul et même processus, qui débuterait par le gonflement et serait suivi de l'hypertrophie. Dans les deux cas les cellules doivent être soumises à une pression plus considérable, puisqu'elles sont aplaties.

L'épaississement de la couche épithéliale ne peut pas rester sans influence, soit sur la lumière du canal excréteur, soit sur le diamètre du conduit glandulaire; on trouve, en effet, que le retrécissement du conduit est toujours en rapport avec l'épaisseur de la couche épithéliale; sur une coupe longitudinale, la lumière est si étroite que les cellules épithéliales opposées paraissent directement en contact. Sur une coupe transversale l'ouverture du canal apparaît comme une fente étoilée.

Quant au conduit du diamètre excréteur, il est agrandi;

Digitized by Google

autrement dit, par suite de la pression de la couche épithéliale épaissie, il est devenu plus large.

Sur les régions de la peau où l'éléphantiasis des Arabes est à une période plus avancée, l'épithélium des glandes sudoripares offre déjà d'autres modifications, — au niveau de nombreuses glandes malades il est souvent facile de constater que la masse épithéliale tout entière hypertrophiée présente deux couches nettement distinctes : l'une, la couche externe, formée par la série de cellules située immédiatement à la périphérie du canal glandulaire offre, à une coupe transversale, l'aspect d'un anneau ; l'autre, la couche interne, constituée par tout le reste de la masse épithéliale, peut être comparée à une sorte de bouchon.

Si, pour éclaircir la cause de ce phénomène, nous examinons la forme des cellules épithéliales, nous trouvons que les cellules de la couche interne ont perdu de leur netteté, leurs limites sont vagues ou même entièrement indistinctes, le protoplasma cellulaire est devenu pâle, homogène, plus ou moins brillant, les noyaux ne sont plus visibles et l'acide acétique ne les rend plus apparents. La lumière du canal excréteur, qui doit se trouver au centre de la couche interne, ne peut plus être aperçue que çà et là sous la forme d'une fente étroite, en général très-peu apparente.

Quant aux cellules de la couche externe, tout ce que je puis dire, c'est que je les ai trouvées un peu affaissées, parfois un peu brillantes, quelquefois finement granuleuses, avec des contours indistincts.

D'après ce qui précède, il est facile de comprendre que les deux couches épithéliales doivent être séparées nettement l'une de l'autre, la couche interne représentant un bouchon, un cylindre plus ou moins pâle et homogène. Cette délimitation ne s'observe pourtant pas toujours dans l'intérieur de la masse épithéliale ; il est aussi des cas très-

Digitized by Google

peu nombreux où l'épithélium hypertrophié est entièrement détaché de la couche du tissu conjonctif et soumis alors à la dégénérescence. En général les modifications de l'épithélium hypertrophié ne suivent pas toujours la même voie; ainsi on a l'occasion d'observer encore ce qui suit: au centre de la masse épithéliale apparaissent des corpuscules pâles, un peu brillants, de différente grosseur. Les plus gros sont tout à fait homogènes, pâles, à contours assez nets, sans structure apparente; les plus petits, au contraire, laissent très-souvent encore apercevoir dans leur intérieur des noyaux plus ou moins distincts, de telle sorte qu'il est très-vraisemblable que ces globes sont formés par la dégénérescence des cellules épithéliales. A côté de ces corpuscules on trouve encore des corps pâles, de forme allongée, le plus souvent étranglés de diverses manières et qui sans doute sont constitués par la réunion de plusieurs corpuscules. Toutes ces productions ont des contours assez nets et sont entourées par le reste de la masse épithéliale dont les cellules sont encore à peu près intactes.

Si maintenant on étudie les coupes faites sur les parties de la peau où l'éléphantiasis des Arabes existe depuis longtemps, où il est par conséquent à une période plus avancée, on constate que le canal de la plupart des glandes sudoripares est distendu, que sa paroi est tapissée de cellules épithéliales comprimées de diverses manières et un peu indistinctes. Son calibre a une largeur très-considérable; il est rempli par une masse homogène, transparente, ressemblant beaucoup au cylindre hyalin des canalicules urinifères. Cette masse présente divers étranglements tantôt superficiels, tantôt profonds, de telle sorte qu'elle paraît constituée par des parties séparées. J'ai eu l'occasion d'observer des préparations où une partie de la masse était devenue déjà tout à fait homogène et transparente, tandis que l'autre laissait voir encore des cellules dégénérées,

Digitized by Google

pâles et homogènes; les contours et la forme de ces cellules se présentaient d'autant plus distinctement qu'elles étaient moins éloignées de la partie vitreuse; entre ces deux parties il n'existait donc pas de limite bien nette, l'une se confondait insensiblement avec l'autre. Ces préparations nous montrent que la masse homogène vitreuse est formée par la dégénérescenee de l'épithélium hypertrophié des glandes sudoripares.

Dans le but de reconnaître la nature de cette dégénérescence, j'ai mis en usage divers réactifs seulement sur les préparations dans l'alcool, et j'ai trouvé qu'aucun d'eux n'exerce d'influence sur cette masse; l'acide acétique, seul, la gonfle un peu, de telle sorte que, soit par son aspect, soit par ses propriétés chimiques, cette masse est semblable aux cylindres hyalins des canalicules urinifères.

Quant à la paroi du canal glandulaire, elle présente un aspect différent aux diverses périodes de l'éléphantiasis; au début de la maladie, nous voyons ses éléments passer par la période de granulations, granulations qui se transforment plus tard, par le progrès du processus, en fibres de tissu conjonctif, ce qui produit un épaississement de la paroi.

Je dois dire aussi que les conduits excréteurs paraissent toujours affectés d'une façon plus rapide et plus intense que les glandes elles-mêmes. Je crois pouvoir encore expliquer ce phénomène en disant que l'éléphantiasis des Arabes est une inflammation de nature érysipélateuse et que, par conséquent, les parties de la peau où sont situés les conduits excréteurs et, par suite, ces conduits eux-mêmes doivent être plus tôt et plus violemment atteints.

Si nous résumons ce que nous venons de dire, nous pouvons en tirer les conclusions suivantes :

1. Les modifications des glandes sudoripares, dans l'élé-

Digitized by Google

phantiasis des Arabes, commencent par le gonflement et l'hypertrophie de l'épithélium de ces glandes, ce qui fait que l'orifice du canal excréteur paraît rétréci, tandis que le canal est lui-même distendu.

2. Les cellules épithéliales hypertrophiées subissent plus tard une dégénérescence, si bien que les cellules de la masse épithéliale presque tout entière deviennent indistinctes, homogènes et transparentes ou qu'au centre de l'épithélium il se forme des corpuscules pâles, homogènes, de grandeur variable ; les plus petits laissent encore reconnaître en eux la forme des cellules, les plus gros ne présentent pas de structure nette, ils se réunissent souvent pour former des corps diversement étranglés.

3. Par les progrès de l'éléphantiasis la dégénérescence de l'épithélium s'étend plus loin, de telle sorte que les glandes sudoripares paraissent comme bouchées par une masse vitreuse, homogène, présentant des étranglements variables et ressemblant beaucoup au cylindre hyalin des canalicules urinifères.

4. La masse vitreuse, homogène est très-vraisemblablement formée par des cellules épithéliales dégénérées, parce qu'on peut suivre cette lente transformation vitreuse de l'épithélium et surtout parce qu'il est des préparations où cette masse vitreuse, homogène est constituée encore en partie par un épithélium plus ou moins dégénéré.

5. Les conduits excréteurs des glandes sudoripares sont toujours affectés plus tôt et plus violemment que les glandes, et cela par suite de la nature érysipélateuse de l'inflammation dans l'éléphantiasis des Arabes.

Enfin je dois ajouter aussi que j'ai eu l'occasion d'étudier encore quelques maladies cutanées inflammatoires, mais sans résultats satisfaisants.

Je pourrais dire seulement que, dans le stade d'éruption de la variole, j'ai vu dans le conduit des glandes sudoripares,

Digitized by Google

tantôt des corpuscules pâles, homogènes, entourés d'un côté, comme d'un croissant, par du protoplasme cellulaire normal, tantôt des masses homogènes brillantes, mais qui n'étaient jamais aussi étendues que dans l'éléphantiasis.

(*Archiv für dermatologie und syphilis*, 1871, *n°* 4.)

J. ALQUIER,

interne des hôpitaux de Lyon.

ÉTUDES CLINIQUES DES ADÉNOPATHIES SYPHILITIQUES.

Par Robert CAMPANA, de Naples.

L'étude des adénopathies syphilitiques est importante, non-seulement au point de vue de la physiologie pathologique, mais aussi de la séméiotique; elle permet, de plus, d'éclairer les questions des maladies primitives des ganglions, et elle facilite singulièrement le diagnostic des affections infectieuses et des nombreux processus pathologiques de la peau, des muqueuses et des autres organes.

Avant de commencer l'étude physiologique et clinique, il est bon de rappeler brièvement les altérations anatomo-pathologiques d'origine syphilitique qui, d'après la théorie de Virchow, peuvent atteindre le système lymphatique.

Les ganglions peuvent présenter trois états anatomiques : l'un est caractérisé par la congestion ou l'hypérémie, l'autre par la médullisation et le dernier par l'état caséeux.

Dans le premier, l'afflux sanguin plus considérable et l'infiltration plus marquée du tissu donnent lieu à une hypertrophie et à une augmentation des corpuscules lymphatiques; cette période, assez courte, correspond à l'invasion de la syphilis, c'est-à-dire aux premières manifes-

Digitized by Google

tations de l'altération glandulaire. Dans la seconde forme, les éléments cellulaires proliférant rapidement, se serrent les uns contre les autres et diminuent le calibre des canaux qui les séparent; sur une coupe de la glande, on constate une coloration grisâtre : ces lésions correspondent, comme nous avons pu le voir dans quelques autopsies, aux manifestations érythémateuses et inflammatoires de la syphilis.

Dans la troisième période, une partie des éléments nouveaux meurt et le plus grand nombre subit une métamorphose incomplète ; il en résulte un détritus qui reste au milieu des autres éléments encore intacts, et il se produit des infarctus caséeux comme dans les tumeurs gommeuses. Le stroma connectif de la glande ne reste pas intact ; dans certains points, des cellules proliférées et graisseuses s'unissent, dans d'autres il se produit du tissu fibreux de nouvelle formation. Cet état anatomique des ganglions correspond à la syphilis viscérale de Ricord et à la forme néoplasique circonscrite. Toutefois, on retrouve difficilement, dans les examens cliniques, ces différentes formes anatomo-pathologiques.

Après cette introduction, l'auteur étudie les formes suivantes des adénopathies syphilitiques:

1° Les altérations ganglionnaires connues généralement et qu'il divise en adénopathies par infection accompagnant l'accident primitif et en adénopathies par infection accompagnant les accidents généraux ;

2° Les formes diverses d'adénopathies qu'on peut observer pendant la durée des manifestations erythémateuses et inflammatoires ;

3° Les adénopathies de la période des gommes ;

4° Les altérations ganglionnaires de la syphilis héréditaire ;

Digitized by Google

5° Les rapports qui existent entre l'adénite fongueuse et la syphilis.

Enfin il étudie et indique les moyens de traitement :

1° Adénopathies qui accompagnent l'accident primitif : La syphilis acquise se manifeste par un syphilôme. Au dire de Sigmund, et cette opinion est professée par plusieurs auteurs, l'ulcère induré n'est pas un ulcère, il est constitué par un processus d'infiltration locale qui peut être accompagné d'ulcération, d'excoration, de pustules. Au point de vue pathogénique, il est impossible de formuler une opinion exclusive sur le mode de production de l'adénopathie qui accompagne le syphilôme. Ordinairement celle-là est contemporaine de celui-ci. Cependant, sur vingt-six cas de syphilis inoculée, l'adénite a manqué six fois ; on ne peut donc admettre qu'elle soit placée sous la dépendance de l'absorption d'une substance irritante produite par le chancre, ou de l'action d'un élément spécifique introduit primitivement dans le sang.

Les adénopathies de cette période se distinguent par six caractères de la plus grande importance : les ganglions sont tuméfiés, leur volume et leur forme permettent de les comparer à une petite amande ; ils sont indurés, leur consistance rappelle celle des nodus syphilitiques ; ils sont en plus grand nombre qu'à l'état normal ; ils sont mobiles sous la peau et sur les parties profondes ; enfin ils sont indolents et n'ont aucune tendance à suppurer, à moins que d'autres causes les y engagent. Tels sont les caractères de cette pléiade superficielle dans laquelle le ganglion central serait quelquefois le plus volumineux. Dans certaines circonstances, ils deviennent douloureux ; c'est surtout au début d'une nouvelle infection ou dans une période de recrudescence de cette infection.

Le siége des adénopathies varie avec celui du syphilôme

Digitized by Google

qu'elles précèdent très-rarement : bilatérales si l'accident primitif est sur la ligne médiane ; unilatérales dans le cas contraire.

Les caractères déjà indiqués permettront de distinguer facilement ces adénopathies de celles qui accompagnent le chancre simple ou de l'adénite vulgaire ; dans ces deux derniers cas, en effet, les ganglions sont agglomérés, plus volumineux, douloureux, et tendent souvent à la suppuration. Quand le syphilôme a disparu et que les accidents ne se sont pas encore montrés, l'existence de l'adénopathie ne pourra permettre que de soupçonner la lésion, si le malade ne donne pas de détails sur l'état antérieur ; quand, au contraire, les accidents généraux ont déjà existé mais ont disparu, l'existence de l'adénopathie est un signe d'un grand intérêt, mais le symptôme ne doit pas être isolé. Ainsi la présence de la lésion ganglionnaire à l'aine doit mettre en garde, mais il faut se rappeler que, le plus souvent, il existe une adénite cervicale dans la syphilis récente ou ancienne.

Au point de vue du pronostic, le nombre, le volume et la rapide apparition des ganglions malades indiquent une syphilis grave, surtout si le sujet présente de mauvaises conditions générales, la gravité ou la bénignité de la syphilis étant bien plutôt une question de terrain que de semence.

2° Adénopathies de l'infection générale :

L'engorgement ganglionnaire dépend-il de l'infection générale ou bien est-il toujours sympôtmatique d'une éruption cutanée ou d'une altération des muqueuses ? Ricord, Sigmund, Tanturri et d'autres syphiligraphes ont démontré que, dans beaucoup de cas, l'adénite précède les éruptions tégumentaires ; mais, d'autre part, on ne peut nier l'influence des lésions locales que des auteurs tels que Diday et Bassereau considèrent comme les causes uniques des

Digitized by Google

lésions des glandes lymphatiques. Il est impossible de se faire à ce sujet une opinion univoque ; car, même quand on admettrait que les ganglions peuvent se développer sans altérations tégumentaires, il resterait à démontrer pourquoi elles sont atteintes dans telle région plutôt que dans telle autre.

Les ganglions qui sont le plus souvent engorgés avant, pendant ou quelquefois après l'apparition des symptômes d'infection générale sont : ceux des régions latérale et postérieure du cou, ceux de la région sous-maxillaire, de l'aisselle et de la région crurale, et moins souvent ceux de l'épitrochlée. Leurs caractères anatomiques sont les mêmes que ceux de la première période; ils se développent rapidement et sur un grand nombre de points en même temps ; leur durée varie suivant le degré de l'infection ; ils sont indolents et n'ont aucune tendance à suppurer, à moins qu'ils ne soient modifiés par des éruptions cutanées ou muqueuses, par des inflammations de voisinage ou par des manifestations scrofuleuses. Différentes conditions peuvent influencer la marche ou la forme des adénopathies. Ainsi :

Les condylômes plats ulcérés des muqueuses, surtout quand ils siégent au pharynx, amènent plus facilement que les autres éruptions les formes hypertrophiques ou hyperplasiques des adénopathies. Les affections communes de la peau se compliquent plus souvent d'adénites chez les syphilitiques que chez les autres individus. On observe rarement des adénopathies dans les formes ulcéreuses et néoplasiques tardives des syphilides de la peau et des muqueuses.

C'est surtout avec l'adénopathie scrofuleuse que les manifestations ganglionnaires qui nous occupent peuvent être confondues. Mais les adénites de la scrofule ne présentent aucun des six caractères que nous avons indiqués ; en général, les ganglions sont engorgés en grand nombre, mais ils

Digitized by Google

sont de volume variable, de consistance plus grande; ils sont entourés le plus souvent d'une couche de tissu compacte qui caractérise quelquefois à lui seul cette altération; quand cette enveloppe manque, les ganglions scrofuleux ont des formes variées; ils sont aplatis de différentes manières, suivant leur siége et le degré de compression qu'ils ont subi. Leur forme, leur siége et leur mode de développement sont irréguliers; on en trouve dans des plans profonds et superficiels; ils sont plus fréquents dans les régions sous-maxillaires et axillaires, qui sont leurs siéges de prédilection; ils sont adhérents entre eux; leur marche est chronique, mais souvent, au bout de plusieurs années, ils tendent à la suppuration.

Il faut tenir compte des tubercules profonds décrits par Ricord dans la syphilis acquise ou héréditaire et des abcès froids sous-cutanés dermiques des scrofuleux, pour ne pas les confondre avec l'adénopathie syphilitique de date ancienne.

Le siége des engorgements ganglionnaires servira quelquefois à éclairer la question de leur nature; ainsi, aux faces latérale et postérieure du cou, les adénites tiennent ou à une lésion de voisinage ou à la syphilis. Souvent dans ces cas on trouve des ganglions engorgés dans des points où l'anatomie normale n'en indique pas.

L'adénopathie qui accompagne l'infection générale a une valeur pronostique plus sérieuse que celle qu'on observe au début du syphilôme primitif. Le grand nombre, le volume considérable, la dissémination rapide dans plusieurs régions des altérations ganglionnaires indiquent une syphilis grave, surtout chez les jeunes sujets. De même quand on observe un état depuis longtemps stationnaire de l'adénopathie et la persistance de l'état médullaire et du volume initial, on peut supposer que la maladie tend à perdre son

Digitized by Google

caractère de virulence pour devenir un processus constitutionnel, comme on l'observe à une époque tardive.

Après avoir étudié de quelle manière les ganglions subissent l'influence de la syphilis, on doit se poser la question suivante : Pendant la période secondaire ou virulente, ces mêmes ganglions peuvent-ils devenir le siége d'inflammations analogues à celles qui, pendant la même période, produisent l'épididymite, la périhépatite, l'iritis simple? L'étude des lésions pathologiques et l'observation clinique montrent que le fait de l'existence d'un état hypérémique inflammatoire dans les ganglions n'exclue pas la localisation d'un nouvel état morbide dans ces mêmes organes. — On doit donc admettre une adénite inflammatoire syphilitique différente de celle qui a été décrite dans le second degré des lésions anatomiques. Alors les ganglions prennent un développement variable suivant leur siége, la rapidité de l'évolution du mal et l'état général du malade. Leur volume peut atteindre celui d'un œuf de poule; leur consistance est dure, élastique, homogène; les tissus voisins sont à peu près complétement indemnes. Quand la suppuration survient, elle est habituellement abondante et occupe au début le centre du ganglion, ce qui explique la difficulté qu'on éprouve à la reconnaître. Cette affection occupe ordinairement les régions latérales du cou. Après la guérison, on trouve une cicatrice plane, régulière, de coloration rouge-fauve, mais qui, au bout de quelque temps, prend tous les caractères des syphilides cutanées, pâlit au centre et conserve à la périphérie une coloration jaunâtre. Cette adénite peut se terminer par résolution ou par suppuration; elle a une durée variable, mais qui n'est pas de beaucoup supérieure à celle des autres manifestations inflammatoires de la syphilis; elle guérit par les moyens spécifiques et apparaît en même temps que les affections graves de période secondaire ou virulente. (*Gior-*

Digitized by Google

nale italiano delle malattie veneree e delle malattie della pelle.)

MADIER,
Interne des hôpitaux de Lyon.

(*La suite au prochain numéro.*)

DES ALTÉRATIONS SYPHILITIQUES DE L'ENCÉPHALE D'APRÈS HEUBNER

Par le docteur HELP

On sait combien les psychoses à base syphilitique offrent d'analogie avec la paralysie générale; des auteurs ont même prétendu que cette dernière affection est toujours le résultat d'une infection vénérienne. L'expérience démontre le contraire; mais il y a des cas dans lesquels il est à peu près impossible de dire si l'on a devant soi une psychose syphilitique ou bien une paralysie générale simple. Heubner a étudié les symptômes qui permettent, dans bien des cas, d'arriver à un diagnostic à peu près certain, et dont voici les principaux : accès apoplectiformes, suivis d'hémiplégie et de troubles divers de motilité, qui ont pour caractère spécial de disparaître parfois très-rapidement, instantanément même, comme dans l'hystérie; céphalalgie intense au début de l'affection; blépharoptose, strabisme et amblyopie; la blépharoptose et la céphalalgie surtout seraient caractéristiques. — Quant aux altérations anatomiques, Heubner a rencontré surtout des thromboses multiples dans les artères de la base et des épaississements, adhérences, etc., de la dure-mère dans le voisinage de ces vaisseaux. Lorsqu'on rencontre des syphilômes, ils se

Digitized by Google

trouvent entre la pie-mère et la substance grise, également le long des vaisseaux, et provoquent des adhérences avec la dure-mère. Le traitement peut être souvent couronné de succès, et c'est un devoir de l'essayer même dans les cas douteux; car le pronostic de la paralysie générale est si fâcheux, que si on ne réussit pas on n'a rien compromis. (*Annales médico-psych.*, mars 1872.)

Nous avions annoncé un cas de guérison de psoriasis *en une semaine*, à l'aide de l'électricité. Prenant loyalement l'initiative de rectifier ce qui, de notre part, n'a été qu'une faute d'impression, l'auteur, M. Piffard, nous prie de faire savoir que la cure exigea cinq ou six semaines.

Au moment de mettre sous presse, nous recevons de notre collaborateur et ami, M. Diday, une appréciation des derniers travaux de M. A. Fournier sur le *pseudo-chancre induré* et sur l'*induration secondaire*. Ce travail de critique sera publié dans le prochain numéro.

THÈSES

LANGLOIS. — Quelques considérations sur la peau et les muqueuses au sujet de l'eczéma.

LEGENDRE. — Des adénopathies chez les scrofuleux.

GAIRAL. — Du tremblement mercuriel.

JOURDAIN. — Essai sur l'adénome sudoripare.

GERBAULT. — Du cancer épithélial du pénis.

Clichy. — Imp. Paul Dupont et Cie, rue du Bac-d'Asnières, 12.

Digitized by Google

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

DES RAPPORTS DES AFFECTIONS DE LA PEAU ENTRE ELLES ET AVEC LES AFFECTIONS DES AUTRES SYSTÈMES.

Leçon d'ouverture du cours de M. Bazin à l'hôpital Saint-Louis, recueillie par M. DEBOVE, interne du service.

Messieurs,

J'ai l'intention de vous entretenir cette année des rapports des affections de la peau entre elles et de leurs rapports avec les affections des autres systèmes.

Je crois utile de vous rappeler ici, en quelques mots, quelles sont notre doctrine et notre méthode, en quoi elles diffèrent de la doctrine et de la méthode de l'enseignement officiel.

La maladie, a dit Broussais, est le cri de l'organe souffrant; il faut alors connaître l'organe malade, l'influence des milieux sur cet organe, il faut expérimenter. De là le

Digitized by Google

principe du dogmatisme anatomo-physiologique et de l'empirisme.

Voyons si ces doctrines nous rendent compte des faits pathologiques.

Supposons un eczéma du cuir chevelu, coïncidant avec un engorgement des ganglions cervicaux. Cet engorgement est, dit-on, dû à une propagation de l'inflammation. Eh bien! non, car, si l'eczéma est de nature arthritique ou dartreuse, il n'y a plus d'engorgement. On dit encore, chez les sujets scrofuleux, ces glandes sont naturellement hypertrophiées et par conséquent plus sujettes à s'engorger; on prend ici l'effet pour la cause, cette hypertrophie est un premier degré de la maladie.

Prenons deux malades atteints de lichen. L'un présente des papules volumineuses, ne s'accompagnant pas de douleur, l'autre présente des papules beaucoup moins volumineuses mais coïncidant avec des démangeaisons parfois atroces. Pourquoi cette différence dans le symptôme douleur? L'anatomie pathologique ne peut nous en donner la clef, car dans le premier cas les papules sont plus grosses, la lésion anatomique plus considérable. La différence tient à la nature de l'affection, le premier malade est atteint de lichen scrofuleux, le second de lichen herpétique.

Si nous comparons deux malades atteints l'un d'une angine scrofuleuse, l'autre d'une angine arthritique, nous noterons des différences analogues.

L'un a des lésions profondes de la gorge, la luette, les piliers du voile du palais sont en partie détruits, ont contracté des adhérences anomales, la paroi postérieure du pharynx présente de larges ulcérations, tous ces désordres ont eu lieu à son insu, jamais il n'a souffert; l'autre a une angine caractérisée par une simple rougeur du pharynx, mais la douleur est notable, la déglutition pénible et la fièvre souvent considérable. Vous concevez bien que l'ana-

Digitized by Google

tomie pathologique ne peut nous rendre compte de pareilles différences.

Vous venez de voir il y a quelques instants une femme syphilitique qui présentait un zona de la cuisse. Ce zona ne s'accompagnait pas des douleurs si communes dans cette affection. La syphilis n'était pour rien dans cette indolence, nous l'avons également observée chez des individus vierges de syphilis. L'anatomie ne peut nous expliquer par une différence de lésion l'absence du symptôme douleur; nous en trouvons la cause dans la nature de l'affection, nous savons que la douleur, si violente chez les herpétiques, manque souvent chez les arthritiques.

Souvent à la suite d'oreillons les malades sont pris d'orchite. Nous ne pourrons expliquer cette métastase par les rapports anatomiques et physiologiques de la parotide et du testicule, il s'agit de deux affections dépendant d'une même maladie.

Concluons donc que la pathologie a ses lois comme la physiologie, qu'il est impossible de conclure rigoureusement de l'état sain à l'état morbide. Beau nous a donné, dans son *Traité de la dyspepsie*, un très-remarquable exemple des erreurs dans lesquelles peut tomber une école qui, négligeant l'observation du malade, donne une importance exagérée aux rapports anatomiques des organes. L'estomac a, par l'intermédiaire du système nerveux, des rapports avec les bronches, le larynx, le cerveau, le foie, le rein, etc.; partant de ces données anatomiques, Beau admet que la gastralgie et la dyspepsie donnent lieu à des bronchites, à des laryngites, à de l'hystérie, etc. Son erreur est d'avoir conclu du fait anatomique et physiologique à la pathologie.

Voyons maintenant ce que peut donner l'école expérimentale. Elle procède de deux façons, elle pratique des vivisections, ou bien elle administre certaines substances

Digitized by Google

toxiques. Dans le premier cas, elle produit des affections traumatiques chirurgicales de cause externe ; dans le second, des affections pathogénétiques. Elles peuvent être analogues, elles ne sont jamais identiques aux affections de cause interne.

Notre doctrine est la doctrine andropathique ; nous admettons que c'est l'homme et non l'organe qui est souffrant. Nous distinguons soigneusement ce qu'on a toujours confondu : la maladie, l'affection, la lésion, le symptôme.

Dans l'étude des rapports des affections de la peau et des autres systèmes, nous aurons à distinguer quatre sortes de rapports :

A. Rapport des maladies ;
B. — des affections spéciales ;
C. — des affections génériques ;
D. — des symptômes aux lésions.

A. — Rapports des maladies.

Pour moi les maladies sont des unités fixes, invariables. C'est à tort qu'on a voulu décomposer l'arthritis en goutte et rhumatisme. On a encore fait des hémorrhoïdes un troisième genre de l'arthritis, la maladie hémorrhoïdaire, c'est simplement une complication qui survient chez les arthritiques et n'a pas de place chronologique déterminée.

Nous devons examiner les rapports des maladies sous trois chefs :

1° Rapports de répulsion (antagonisme) ;
2° — d'attraction ;
3° — de coexistence.

1° RAPPORTS D'ANTAGONISME.

Personne ne niera l'antagonisme de certaines maladies aiguës ; la vaccine empêche la variole ou la modifie, la

Digitized by Google

variole interrompt le cours de la rougeole, le rhumatisme suspend l'écoulement blennorrhagique.

Cet antagonisme est beaucoup moins évident pour les maladies chroniques. Tous les jours nous voyons la scrofule et la syphilis marcher côte à côte sur le même sujet sans avoir la moindre influence l'une sur l'autre. Un de nos prédécesseurs dans cet hôpital admettait l'antagonisme de la syphilis et de la scrofule. Il partait de cette idée théorique pour inoculer la vérole à ses malades. Je puis affirmer qu'ils s'en sont mal trouvés, et qu'affaiblis par la seconde maladie, ils étaient moins en état de résister à la première. M. Pidoux explique l'amélioration des phthisiques aux Eaux-Bonnes par ce fait que les eaux sulfureuses réveillent les manifestations cutanées de l'arthritis, de la scrofule, de la dartre ; il y aurait donc antagonisme entre ces maladies et la phthisie. Pour nous, le tubercule est la quatrième période des maladies constitutionnelles; ces maladies ne peuvent rétrograder; je crois que les eaux sulfureuses produisent une simple révulsion en donnant lieu à des éruptions pathogénétiques.

2° RAPPORTS D'ATTRACTION.

Les maladies de cause externe peuvent provoquer des maladies de cause interne. Un malade vient vous trouver, il est atteint de sycosis parasitaire, vous le guérissez; quelque temps après il revient vous consulter, mais son sycosis cette fois est pustuleux : vous ne trouvez plus de poils cassés, c'est un sycosis arthritique, l'affection parasitaire a provoqué l'affection arthritique.

Le favus provoque des engorgements scrofuleux des ganglions cervicaux. A la suite d'une teigne tonsurante, alors que les parasites ont été détruits, que les cheveux sont sains, vous voyez apparaître sur le cuir chevelu des

Digitized by Google

croûtes, des exfoliations épidermiques, c'est là une scrofulide bénigne éveillée par le tricophyton.

Des maladies de cause interne peuvent aussi éveiller d'autres maladies de cause interne. La scrofule éveille l'arthritis, la syphilis éveille la dartre. Nul ne sait mieux que M. Ricord la vérité de cette dernière proposition. Il a souvent observé des sujets qui, à la suite d'éruptions syphilitiques, ont présenté des éruptions dartreuses; il m'a, à plusieurs reprises, adressé des malades de ce genre.

3° RAPPORTS DE COEXISTENCE.

Quels effets produira sur une maladie chronique la coexistence d'une maladie aiguë? Au début, une complication phlegmasique peut améliorer le malade; c'est ainsi qu'un érysipèle peut modifier favorablement un lupus. Dans la période ultime des maladies, toutes les complications deviennent graves, telles sont: la pleurésie, l'artérite, la phlebite, etc.

Si deux maladies constitutionnelles telles que la scrofule et l'arthrite sont associées, leur évolution sera plus lente.

B. — Rapports des affections spéciales.

Ils sont très-multipliés, aussi ils paraissent compliqués, en réalité ils sont simples, les espèces morbides ne se confondant jamais. Nous étudierons ces rapports dans l'ordre suivant:

1° Rapports de voisinage ou de coïncidence;
2° Rapports de causalité;
3° Rapports de genres;
4° Rapports de nature;
5° Rapports de siége (ou topographiques);
6° Rapports d'évolution (ou chronologiques).

Digitized by Google

1° RAPPORTS DE COÏNCIDENCE OU DE VOISINAGE.

Nous voyons souvent coïncider la gale, la blennorrhagie, la syphilis et même la teigne, il n'y a là qu'une simple coïncidence, la contagion de ces maladies a été simultanée.

Les affections de cause interne peuvent coexister avec les affections de cause externe. Un malade atteint d'acné arthritique peut très-bien avoir de l'eczéma psorique.

Enfin, il peut y avoir coïncidence des affections spéciales de cause interne.

2° RAPPORTS DE CAUSALITÉ.

Deux affections peuvent dépendre d'une même cause, tels sont l'ictère et le prurigo, le prurigo est alors d'autant plus rebelle que l'ictère est plus ancien. En même temps que le purpura, il peut exister un acné pilaris produit par un épanchement sanguin dans le bulbe pileux. L'érythème de la lèvre supérieure accompagne souvent le coryza; cet érythème est dû au contact du liquide qui s'écoule du nez. L'inflammation du gland ou de la vulve dans la blennorrhagie est due à une cause analogue.

D'autres fois, une affection agit sur une autre, non comme cause efficiente, mais comme cause prédisposante, l'herpès préputial par exemple apparaît souvent sur la cicatrice d'anciens chancres. La cause prédisposante est, dans ce cas, le chancre, la cause efficiente est l'arthritis, la cause déterminante le coït avec une femme atteinte de blennorrhogie ou des excès de boissons. Citons un autre fait : un malade atteint de psoriasis a la variole, les pustules seront confluentes au niveau des plaques psoriasiques, celles-ci agissent évidemment comme cause prédisposante.

Digitized by Google

3° RAPPORTS DE GENRES.

Des affections de nature différente peuvent se présenter sous un genre commun. Les cuisiniers, dont les mains sont souvent en contact avec des eaux sales, peuvent présenter cette éruption connue sous le nom de gale des cuisiniers; elle peut être confondue avec la vraie gale; la cause d'erreur est que l'eczéma est un genre commun à ces deux affections. Le sycosis parasitaire et le sycosis arthritique appartiennent au même genre, mais leur nature est évidemment différente; il en est de même de l'herpès circiné parasitaire et de l'herpès circiné arthritique.

L'identité de genres induit en erreur plus facilement encore, s'il s'agit d'éruptions pathogénétiques. L'acné iodique ou bromique, l'urticaire produit par l'ingestion des moules, la roséole copahique sont facilement confondus avec l'acné scrofuleuse, l'urticaire et la roséole pseudo-exanthématiques.

La syphilis et la scrofule ont des genres communs, l'acné, l'impetigo, l'hydrosadénite, etc. Cette communauté de genre est l'origine de bien des erreurs de diagnostic. Il en est de même de l'arthritis et de la dartre.

4° RAPPORTS DE NATURE.

Des affections qui ont une nature commune peuvent se présenter au même moment sous des genres différents. C'est ainsi que nous pourrons observer au même moment sur un sujet syphilitique des plaques muqueuses et une syphilide commune; sur un sujet arthritique du, psoriasis lingual, de l'eczéma orbiculaire du nombril, de l'anus, de l'eczéma de la paume des mains; sur un sujet scrofuleux, de l'eczéma, des écrouelles, des engelures. Dans tous ces

Digitized by Google

cas, les malades présentent des affections différentes par leur genre, mais qui doivent être rattachées à une même maladie.

5° RELATIONS DE SIÉGE OU TOPOGRAPHIQUES.

Le siége de l'affection est très-important à noter. Il contribue au diagnostic; les affections traumatiques et arthritiques siégent sur les parties découvertes, le psoriasis herpétique occupe les genoux et les coudes, l'herpès circiné parasitaire la face et le dos des mains. L'importance du siége avait été bien exagérée par les auteurs qui en ont voulu faire la base de leur classification; ils distinguaient les affections cutanées en teignes ou dartres, selon qu'elles siégeaient sur le corps ou sur la tête.

Le siége de l'affection n'est qu'un élément de diagnostic mais rien de plus. N'imitez pas ces praticiens qui diagnostiquent une affection vénérienne, se basant souvent sur cette seule considération que l'affection siége sur les parties sexuelles.

6° RAPPORTS AVEC LES ÉVOLUTIONS DE LA MALADIE, C'EST-A-DIRE CHRONOLOGIQUES.

Les affections ont une marche régulière, elles se succèdent dans un ordre déterminé. C'est moi qui ai mis ce fait hors de doute pour nos quatre maladies constitutionnelles.

Ricord avait distingué les syphilides en primitives et tardives, j'ai distingué les plaques, les syphilides bénignes et malignes. J'ai rapporté les syphilides communes à trois groupes :

1° Syphilides exanthématiques;

2° Syphilides circonscrites résolutives;

3° Syphilides circonscrites ulcéreuses.

J'ai pareillement distingué les scrofulides en bénignes,

Digitized by Google

malignes, ulcéreuses ; les herpétides en bénignes et graves (il n'y a pas d'ulcères dartreux).

L'étude de ces évolutions nous montre la ressemblance des maladies constitutionnelles.

C. — Rapports des affections génériques.

Pour simplifier l'étude des rapports des affections génériques, nous les étudierons sous trois chefs :

1° Rapports des genres avec les régions;
2° — avec les ordres;
3° — avec la maladie et ses évolutions.

1° RAPPORTS DES GENRES AVEC LES RÉGIONS.

L'anatomie vous apprend déjà que certains genres ne peuvent exister sur certaines régions. Le sycosis a pour siége le bulbe pilifère : vous ne verrez donc pas cette affection sur les régions glabres telles que la paume des mains et la plante des pieds. L'acné a pour siége les glandes sebacées; ces glandes accompagnent partout les poils; là où manquent ces derniers, elles manquent également; l'acné ne pourra donc siéger que sur les régions velues.

Une affection peut siéger partout comme genre et non comme espèce. Prenons le pityriasis comme exemple. Le pityriasis arthritique se développe sur les régions velues et sur les parties découvertes; le pityriasis chronique herpétique se développe sur toutes les régions de l'économie, et s'il apparaît primitivement sur des parties recouvertes de poils, il se propage ensuite aux parties voisines; enfin, le pityriasis arthritique n'existe jamais à la paume des mains, à la plante des pieds.

Digitized by Google

2° RAPPORTS DES GENRES AVEC L'ORDRE.

Un ordre est désigné par la lésion élémentaire (vésicule, bulle, pustule, etc.). La connaissance de l'ordre est bien insuffisante pour le diagnostic, car un même ordre renferme des genres bien différents; c'est ainsi que nous voyons dans l'ordre des vésicules : la miliaire, l'herpès, l'eczéma et la varicelle. Ces genres ont des caractères distinctifs de forme, de siége, de groupement, d'évolution.

Les médecins ont souvent confondu les genres; telle est, par exemple, la confusion de l'herpès et de l'eczéma que fait M. Hardy. Si vous lisez la description du sycosis capillitii de M. Devergie, vous verrez que cet auteur a confondu la pustule du sycosis avec celle de l'acné; son prétendu sycosis capillitii n'est autre que l'acné pilaris.

3° RAPPORTS DES AFFECTIONS GÉNÉRIQUES AVEC LA MALADIE ET SES ÉVOLUTIONS.

La maladie se traduit par des genres simples ou composés. Les genres simples sont caractérisés par une seule lésion élémentaire; les genres composés sont caractérisés par plusieurs lésions élémentaires. Si l'on s'en rapporte à l'école de Willan, aux élèves de Biett, les genres composés sont rares : ils admettent seulement l'eczéma impétigineux, Pour M. Devergie, au contraire, rien ne serait plus fréquent : à côté de chaque affection simple il admet des affections composées; pour moi, je crois que ces genres composés n'ont jamais existé que dans le livre de M. Devergie. Son erreur vient de ce qu'il a confondu la lésion principale avec la lésion accessoire. Ainsi, dans le lichen lividus, il y a bien une papule et une tache, mais la tache est accessoire. Dans la couperose, nous trouvons de l'érythème et

Digitized by Google

des pustules, la pustule est bien évidemment la lésion principale, essentielle.

La couperose que je viens de citer nous montre qu'un même genre peut être commun à plusieurs maladies. Nous avons, en effet, décrit la couperose alcoolique, la couperose arthritique et la couperose scrofuleuse. La couperose scrofuleuse présente une coloration moins rouge que la couperose arthritique, elle ne présente pas de capillaires dilatés à la circonférence, les pustules sont plus rares, mais plus volumineuses et plus purulentes. La couperose arthritique ressemble beaucoup à la couperose alcoolique, souvent les antécédents du malade pourront seuls juger la question. Dans ces cas, vous voyez des maladies différentes se traduire par une même affection ; mais une étude attentive de l'affection vous permet de remonter à la maladie.

Pendant tout son cours une maladie peut toujours se présenter sous le même genre. Ainsi, un sujet dartreux pourra avoir du psoriasis et n'avoir jamais d'autre manifestation cutanée que le psoriasis; mais l'inverse a également lieu, et l'on observe alors, le plus souvent, une certain ordre dans la succession des genres ; ainsi, l'eczéma et l'impétigo scrofuleux précéderont habituellement le lupus scrofuleux.

Les genres peuvent se transformer *in situ* sous l'influence de la même maladie; ainsi, un eczéma scrofuleux peut se transformer en impétigo scrofuleux. Mais il est des transformations sur lesquelles je dois appeler votre attention, car elles sont la cause de fréquentes erreurs, ce sont les transformations *in situ* des affections génériques sous l'influence d'une autre maladie. Je vous rappellerai un exemple que je vous ai déjà cité : un malade a des plaques syphilitiques à la paume des mains, ces plaques disparaissent, mais sont remplacées par du psoriasis palmaire de nature arthritique.

Digitized by Google

Enfin, des genres divers peuvent se confondre en une affection spéciale uniforme. Des psoriasis, des eczémas, par les progrès de la maladie, arrivent à occuper toute la surface du corps, il vous est alors impossible de diagnostiquer autrement que par les commémoratifs quelle était l'affection primitive. Ces genres différents se sont confondus en une affection uniforme, l'herpétide exfoliatrice.

D. — Rapports des symptômes organiques.

Le symptôme organique est la lésion à la période à laquelle vous observez l'affection; il ne faut pas la confondre avec la lésion élémentaire qui est le symptôme organique à la période d'état; ainsi, dans l'eczéma, rougeur, squames et croûtes sont des symptômes organiques; la vésicule seule est la lésion élémentaire.

Nous étudierons les rapports des symptômes organiques sous trois chefs :

1° Rapports avec les éléments anatomiques;
2° — des symptômes organiques entre eux;
3° — avec l'affection.

1° RAPPORTS DES SYMPTÔMES ORGANIQUES AVEC LES ÉLÉMENTS ANATOMIQUES.

J'ai divisé les symptômes organiques en cinq ordres, en tenant compte des phases que suivent habituellement les éléments éruptifs. Ainsi, dans l'ecthyma, nous avons d'abord une tache, puis un bouton, puis une croûte, puis enfin un ulcère et une cicatrice. Nous étudierons donc successivement :

a. Les taches;
b. Les boutons;

Digitized by Google

c. Les exfoliations ou corps étrangers;

d. Les ulcères;

e. Les cicatrices.

On a vivement critiqué cette division. On m'a fait des objections dans le genre de celle-ci : le mot bouton est trivial; je ne l'ai pas inventé, je l'ai emprunté à Sauvages; je l'ai conservé, parce que tout le monde le connaît et qu'il ne donne lieu à aucun équivoque.

a. — *Des taches.*

On entend par taches une modification de la couleur de la peau, accompagnée ou non d'une légère saillie de ce tégument.

Ces taches forment un ordre très-étendu qui comprend les exanthèmes et les macules de Willan.

Les taches sont simples ou composées. Les taches simples sont produites par du sang ou par du pigment; les taches composées sont dues à une altération plus profonde, telles sont les taches noires de la mélanose, blanches de la chéloïde, jaunâtres de la stéatose, verdâtres dues à de la cholestérine; nous ne nous occuperons pas ici des taches composées.

Les taches sanguines sont congestives ou purpuriques. Les taches congestives sont dues à une accumulation de sang dans les capillaires dilatés et comme variqueux. Elles ont pour caractère de s'effacer sous la pression du doigt, cette pression suffisant pour chasser le sang des capillaires du derme; telles sont les taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde, telles sont les taches de l'érythème noueux.

Les taches purpuriques sont dues à une extravasion du sang dans le derme. Elles ne disparaissent pas sous la

Digitized by Google

pression du doigt, cette pression ne pouvant faire refluer le sang retenu entre les faisceaux du derme. Ces taches offrent une coloration qui varie avec la date de l'épanchement; d'abord rouges, elles deviennent noires, bleues, passent au jaune et finissent par disparaître. Comme exemple de ces taches nous citerons l'ecchymose traumatique et les taches du purpura.

Les taches pigmentaires sont dues à une accumulation de pigment sur un point. A l'état normal la couche profonde de l'épiderme, c'est-à-dire la couche de Malpighi, contient une certaine quantité de pigment; si ce pigment se forme en excès, s'accumule en un point, nous avons une tache pigmentaire. La cause de la pigmentation nous est inconnue; après les travaux d'Addison, on avait voulu faire des capsules surrénales des organes jouant un rôle essentiel dans la sécrétion pigmentaire; j'ai publié des observations de malades qui n'avaient pas présenté de coloration anomale de la peau, et dont j'ai trouvé à l'autopsie les capsules surrénales profondément altérées.

Les taches sanguines et pigmentaires ont un siége différent : les premières occupent le derme, siége des vaisseaux; les secondes, la couche de Malpighi, siége du pigment.

Le sang et le pigment peuvent se combiner et donner ainsi lieu à des taches de nuances spéciales; telles sont les taches syphilitiques avec leur teinte cuivrée.

D'autres taches peuvent tenir à l'absence du sang, à l'absence du pigment. Ainsi, la partie centrale de la tache de l'urticaire est décolorée, ce qui tient à une anémie de cette région du derme; dans la pélade vraie nous voyons une décoloration du tégument qui prend une teinte laiteuse, elle est due à l'absence de pigment.

Digitized by Google

b. — *Des Boutons.*

Nous désignons sous le nom de boutons toute saillie circonscrite se montrant sur la peau. Ces boutons correspondent à cinq ordres de Willan (vésicules, bulles et pustules, papules et tubercules). Nous avons distingué les boutons en liquides et solides; les premiers sont vésiculeux, bulleux ou pustuleux, les seconds sont papuleux ou tuberculeux.

Les vésicules sont de petites saillies hémisphériques, transparentes, d'un volume variant d'un grain de mil à celui d'une lentille, qui ne tardent pas à se rompre pour laisser écouler leur contenu. Par analogie avec les sudamina, on a placé le siége des vésicules dans les glandes sudoripares, ce n'est là qu'une hypothèse ; remarquons d'ailleurs que le liquide fourni par ces éléments est alcalin, tandis que dans le contenu des sudamina la sueur est acide.

Les bulles ne diffèrent des éléments précédents que par leur volume plus considérable, volume qui varie du volume d'un pois à celui d'une noix.

Les pustules sont des boutons purulents. On les distingue en psydraciées et phlysaciées; celles-ci sont purulentes dans toute leur étendue, celles-là sont indurées à la base et purulentes au sommet seulement.

Les pustules psydraciées ont pour siége anatomique les glandes pileuses et sébacées, le sycosis a pour siége le follicule pileux, l'acné la glande sébacée; il est probable que l'impétigo siége également dans ces dernières glandes, car il siége de préférence là où elles abondent.

Les pustules phlysaciées ne forment qu'un genre, l'ecthyma. Ces pustules paraissent avoir pour siége la partie superficielle du derme.

Digitized by Google

J'ai décrit, à côté des boutons liquides, le furoncle, qui paraît siéger dans les couches profondes du derme, et l'hydrosadénite, bien connue depuis les travaux de M. Verneuil, qui a pour siége les glandes sudoripares.

Les papules sont des saillies de la peau, ne dépassant guère le volume d'une tête d'épingle et qui paraissent dues à une hypertrophie papillaire. M. Hardy a fait remarquer que le lichen n'apparaissait jamais dans la paume de la main et au niveau des doigts, c'est-à-dire sur les parties du corps où existe le plus grand nombre de papilles ; mais il y a deux espèces de papilles, la papille nerveuse et la papille essentiellement chargée de la sécrétion épidermique ; or, c'est sur cette dernière espèce de papille que paraît siéger la papule.

Le siége anatomique des tubercules paraît être la partie profonde du derme, qui s'infiltre d'éléments de nouvelle formation.

e. — *Exfoliation ou corps étrangers.*

Par exfoliation nous entendons un symptôme organique caractérisé par la présence à la surface tégumentaire de produits de sécrétion, tels que lamelles épidermiques, liquides concrétés, pus desséché formant des croûtes, lambeaux de tissus mortifiés et parasites vivants ou morts.

Le parasite a pour siége l'épiderme, les parasites ne pénétrant pas profondément, tel est le parasite du pityriasis versicolor.

L'exfoliation sébacée consiste dans l'élimination des matières versées par les glandes sébacées à la surface de la peau.

L'exfoliation épidermique pure comprend le psoriasis et

Digitized by Google

le pityriasis, il y a dans ces affections trouble de la sécrétion épidermique, par conséquent leur siége doit être la partie du derme chargée de cette sécrétion, c'est-à-dire la papille.

Les exfoliations inflammatoires et gangreneuses ont un siége très-variable, selon que l'inflammation et la gangrène ont pénétré plus ou moins profondément.

d. — *Ulcères.*

Les ulcères sont des solutions de continuité de la peau ou d'une membrane muqueuse. Suivant que ces ulcères pénètrent à une plus ou moins grande profondeur, ils forment les ulcères proprement dits ou les excoriations.

2° RAPPORTS DES SYMPTOMES ORGANIQUES ENTRE EUX.

Les symptômes organiques sont simples ou composés; ils sont composés lorsqu'à côté de la lésion anatomique principale il se trouve une lésion anatomique accessoire.

Au début de l'urticaire, nous voyons souvent de légères élévations papuleuses; mais l'affection n'est pas alors à sa période d'état, ces papules ne tardent pas à disparaître pour faire place aux taches caractéristiques de l'urticaire. D'autres fois la papule sera un élément accessoire de l'affection; ainsi dans l'érythème papuleux les taches érythémateuses sont étendues, tandis que les papules sont rares, disséminées. Le fait inverse pourra se produire également, la papule pourra devenir l'élément principal, la tache l'élément accessoire, c'est ce qui a lieu dans le lichen lividus.

Différentes variétés de taches pourront se combiner entre elles, c'est ce que vous observerez dans le purpura rhumatismal, dans l'urticaire hémorrhagique; ces taches sont

Digitized by Google

en partie congestives, en partie hémorrhagiques : l'hémorrhagie prédomine dans la première affection, la congestion dans la seconde.

Ce que nous venons de dire des taches s'applique également aux boutons ; ils peuvent donner lieu à des symptômes composés. On peut trouver des boutons mélangés à des taches ou à des boutons d'un autre genre. Prenons le strophulus comme exemple. Nous décrivons sous ce nom une affection lichenoïde caractérisée par des saillies papuleuses rosées ou blanches qui attaque les enfants à la mamelle, et par ses récidives et son extension acquiert bientôt tous les caractères des scrofulides cutanées bénignes. Ce strophulus ne sera pas toujours exclusivement papuleux, il pourra s'accompagner d'érythème: c'est le strophulus intertinctus. Dans d'autres formes de strophulus, vous pourrez hésiter à décider si les boutons sont secs ou humides, car parfois ils sont surmontés de vésicules transparentes. Toutes les fois que vous serez indécis pour décider si un bouton est solide ou liquide, un moyen bien simple lèvera vos doutes : piquez le bouton ; s'il est liquide, il s'affaissera et son contenu s'écoulera.

Les boutons solides peuvent également donner lieu à un symptôme composé. La papule et le tubercule ne diffèrent pas seulement par leur volume, mais encore par leur consistance, ce qui fait qu'on les a souvent confondus ensemble. Nous venons de voir, à la salle Sainte-Foy, une femme atteinte de syphilis ; elle a une syphilide exanthématique : c'est un type de la syphilide merisée de Cullerier. Frappés du volume des éléments éruptifs, les auteurs les ont pris pour des tubercules, c'est une erreur ; leur consistance n'est pas celle du tubercule, la lésion élémentaire est la papule : c'est une syphilide papuleuse.

Le volume des boutons liquides peut donner lieu également à des erreurs ; si, dans l'exzéma, les vésicules sont

Digitized by Google

un peu volumineuses, vous serez tenté de le prendre pour un herpès, mais le mode de groupement des vésicules de l'herpès pourra vous faire éviter l'erreur.

A propos de ce groupement, je vous ferai remarquer qu'il ne faut jamais attacher trop d'importance à un seul signe. C'est en les réunissant tous que vous arriverez à un diagnostic exact. Ainsi, l'écartement plus ou moins grand des vésicules est un excellent signe ; si vous lui attribuez une valeur exclusive, vous arriverez à confondre la miliaire avec l'eczéma, l'eczéma avec l'herpès ou avec l'hydroa.

Dans l'ordre des exfoliations, nous trouvons encore des symptômes composés. Dans la teigne tonsurante, par exemple, nous trouvons des exfoliations formées par les parasites et des exfoliations dues à une hypersécrétion de l'épiderme. « Les flocons blancs formés par le végétal parasite (tricophyton) pourraient être confondus avec les squames épidermiques au milieu desquelles ils sont répandus ; car une hypersécrétion d'épiderme, ordinairement très-abondante, accompagne le champignon qui se manifeste au dehors et constitue un des symptômes les plus constants et les plus remarquables parmi ceux qui appartiennent à la deuxième période de la teigne tonsurante. Cependant la distinction entre l'élément parasitaire et l'élément cutané est toujours possible ; le champignon est blanc, floconneux, sans forme bien déterminée ; l'épiderme, au contraire, est jaunâtre ou grisâtre plutôt que blanc, et sa disposition est toujours manifestement écailleuse. Chez certains malades, les caractères propres aux deux éruptions sont parfaitement accusés et on peut faire sur eux une bonne étude comparative. » (Bazin, *Leçons sur les affections parasitaires.*)

Dans l'ordre des ulcères, je citerai comme symptômes composés les ulcères en partie vénériens, en partie variqueux. Nous voyons tous les jours à notre consultation de ces ulcères siégeant sur des membres variqueux bordés

Digitized by Google

par une zone de couleur cuivrée, à bords taillés à pic ou décollés, présentant un fond plus ou moins fongueux. Citons encore les ulcères syphilitiques sur un malade atteint de teigne tonsurante, ce qui se rencontre d'autant moins rarement que la syphilis est une cause prédisposante de cette espèce de teigne.

3° RAPPORTS DES SYMPTOMES ORGANIQUES AVEC L'AFFECTION.

Vous savez que l'affection est un état morbide d'un ou de plusieurs organes, que cet état morbide soit caractérisé par un simple trouble fonctionnel, ou par une lésion.

L'affection a une période de début ou ascendante, une période d'état et une période de déclin. Les lésions varient selon la période. Cette variation nous explique l'erreur de certains médecins qui ont tant multiplié les affections polymorphes ; pour éviter cette erreur, il est absolument nécessaire d'examiner l'affection à sa période d'état.

Ainsi, la variole débute par des taches rouges ; direz-vous que c'est un érythème ? L'eczéma débute souvent par une petite papule qui devient vésicule ; cette vésicule, avant de se rompre, devient quelquefois purulente : la lésion de la période d'état est évidemment la vésicule.

Dans le micosis fongoïde, nous voyons apparaître d'abord des taches rouges ; à la surface de ces taches, s'élèvent de petites papules, plus tard des tumeurs qui acquièrent le volume d'une moule ou d'une tomate. Ce serait certainement une grosse erreur de décrire cette affection comme un érythème ou un lichen, car la lésion à la période d'état est la tumeur que nous avons comparée à une tomate.

Digitized by Google

ÉTUDE CRITIQUE SUR L'INDURATION SECONDAIRE

A M. le docteur A. Doyon.

Vous me persécutez un peu, mon cher ami. Vous voulez que je *travaille, aux eaux !* que j'emploie ma périodique villégiature d'Uriage à causer syphilis, à vous écrire, de l'hôtel du Midi à votre domicile, ce que je pense des idées récemment émises par M. Fournier sur l'induration telle qu'il l'a observée à la période secondaire....

Puisqu'il faut se rendre, je le ferai sans hésiter ; je puis même le faire de bonne grâce. Ce genre d'occupation, en effet, ne saurait nuire au repos obligatoirement imposé à tout baigneur bien appris. Sur le sujet de mes vieilles préférences, parlant d'un auteur qui m'est cher, à un collègue que j'aime, *labor ipse voluptas.*

Un peu de critique, d'ailleurs, ne messiéra, ce me semble, ni à votre journal, ni à notre époque. Jadis on perdait trop de temps sans doute à discuter un dogme. Mais au moins les vérités digérées par cette lente trituration restaient définitivement acquises. Aujourd'hui, l'opinion moins chatouilleuse, presque blasée, voit passer sans s'émouvoir les assertions doctrinales ou thérapeutiques les plus paradoxales. Elle enregistre tout sans daigner faire acte ni d'opposition, ni de foi.—« C'est un fait de plus, dit-on ; il durera ce qu'il pourra. » Et l'on attend patiemment qu'un courant plus fort vienne déblayer le terrain.

Ni M. Fournier, cependant, ni la question qu'il agite ne méritent une telle indifférence. Observateur éclairé, polé-

Digitized by Google

miste loyal; notre confrère ne dit que ce qu'il croit avoir vu; et il appréhende d'autant moins la controverse qu'il est en mesure de la faire le plus souvent tourner à son avantage. C'est donc, j'en suis sûr, répondre pour le moins à ses désirs autant qu'aux vôtres, mon cher ami, que dire franchement ce que je pense de ses nouvelles recherches.

Dès 1868, M. Fournier annonça « qu'il n'est pas rare de rencontrer des sujets syphilitiques chez lesquels, sans qu'ils se soient exposés à aucune nouvelle cause de contagion, il apparaît sur la verge ou à la bouche un chancre induré, exactement semblable à celui qui constitue l'accident primitif chez des individus vierges de syphilis.

« Un caractère important, néanmoins, dit M. Fournier, sépare ces *pseudo-chancres* du chancre réellement primitif : c'est l'absence ou la rareté de l'adénopathie correspondante. Tandis qu'elle est constante dans le chancre primitif, elle manque 16 fois sur 20 dans le *pseudo-chancre*.

« Le pseudo-chancre, ajoute-t-il, apparaît fréquemment pendant que le sujet est atteint d'autres symptômes syphiliques secondaires, tels que plaques muqueuses, éruptions, etc. »

A cet ulcère induré, tel qu'il vient d'être décrit, on pourrait être tenté d'assigner une autre origine. M. Fournier le reconnaît fort bien; mais il est en garde contre toute objection. Ce parrain-là n'entend point qu'on rebaptise l'enfant qu'il a tenu sur les fonts. Ainsi, il ne s'agit point là de la réulcération d'une ancienne induration primitive; car le pseudo-chancre apparaît parfois loin du siége de l'induration originelle. — Il ne s'agit point non plus de chancres résultant d'un coït ou dissimulé, ou trop ancien pour qu'on soit autorisé à l'invoquer comme cause possible de contagion. M. Fournier sait interroger ses clients ; il sait ceux que l'on peut, que l'on doit croire sur parole. Son expérience nous rassure complétement sur ce point. — Et

Digitized by Google

quant aux coïts éloignés, ce n'est pas le sagace révélateur des *longues incubations* dont on pourrait, à cet égard, suspecter la clairvoyance.

Je pourrais bien, à mon tour, dans ce même ordre d'idées, demander si l'on ne serait pas en droit de donner pour cause à quelques-uns des pseudo-chancres une *contagion accidentèlle*, l'une de ces circonstances autres que le coït, de ces contacts imprévus dont parfois ni malades, ni médecins ne se doutent... Mais j'ai hâte d'arriver au fond du sujet, au cœur du débat.

Ces chancres indurés sans adénopathie, j'en avais moi-même, vous vous le rappelez, mon cher ami, fait la théorie dès 1862. Pour moi, ils étaient le résultat d'une réinfection, de l'action d'un contagium syphilitique s'étant exercée sur un individu précédemment atteint de syphilis.

Voici donc où nous en sommes aujourd'hui : dès qu'un chancre induré sans adénopathie apparaîtra chez un sujet déjà syphilitique, on verra en présence deux plaideurs qui se le disputent. Tous deux, en effet, nous le réclamons, M. Fournier comme exemple de *pseudo-chancre*, moi comme exemple de *second chancre*.

Or, entre gens bien élevés (j'entends élevés à l'hôpital du Midi), un accord est-il impossible à réaliser ? Je veux aller au-devant, pour ma part, et j'accorde de bon cœur à mon cher antagoniste, non-seulement la plupart des faits de son mémoire, mais encore quelques-uns de ceux publiés dans le mien (*Archiv. de médecine, juillet et août* 1862), notamment les observations 7, 9 et 14 de ce mémoire, plus encore quelques cas que j'ai observés depuis la publication du travail de M. Fournier et qui me paraissent se prêter à l'explication qu'il donne, c'est-à-dire être des chancres indurés survenant, sans nouvelle contagion, chez un sujet syphilitique.

Mais, à son tour, mon judicieux collègue voudrait-il main-

Digitized by Google

tenir son explication comme obligatoire pour *tous* les cas? Nierait-il la *possibilité* de la réinfection? Soutiendrait-il, comme il l'a fait tout récemment (*V. Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, troisième année, n° 4, p. 260) que « les cas de réinfection syphilitique restent à l'état de faits rigoureusement possibles, mais absolument exceptionnels ? » Oh ! alors, je lui rappellerais :

Que j'ai cité dix observations de sujets qui, 2 ans, 3 ans, 4, 5, 6, 7, 18 et 21 ans après un premier chancre suivi de symptômes syphilitiques généraux, ont eu, étant exempts de symptômes depuis 18 mois, un an, 2, 6 et 17 ans, ont eu, dis-je, des chancres indurés qui furent suivis, dans le délai ordinaire de 6 à 8 semaines, d'accidents généraux se déroulant dans l'ordre classique d'une première poussée secondaire ;

Que, quant aux cas où le chancre induré sans adénopathie n'a pas été suivi d'accidents généraux, on ne peut guère se refuser à considérer quelques-uns des 14 que j'ai publiés comme effets d'une nouvelle contagion. Lorsqu'on voit un second chancre survenir 18 mois, 2, 3, 25 ans après une première vérole ; — lorsque ce chancre s'est déclaré dans le délai usuel après coït avec une femme avouée suspecte par le malade ; — lorsque, comme je l'ai constaté deux fois, cette femme venait de donner la vérole à un autre homme ; — lorsque enfin, au moment où ce deuxième chancre a paru, il y avait 9 mois, 2 ans, 3 ans, 3 ans et demi, 22 ans que le sujet n'avait plus eu d'accidents suite de sa première infection, certes des deux hypothèses qui se disputent l'explication de ce chancre, la moins vraisemblable me paraît bien être celle qui l'attribuerait à une vérole depuis longtemps éteinte plutôt qu'à une contamination récente.

Ce qui me porte encore à croire la plupart de ces seconds chancres, fruit d'une réinfection plutôt que d'une infection

Digitized by Google

ancienne, c'est que — M. Fournier le reconnaît lui-même — ils s'observent surtout aux parties génitales et à la bouche. Or, ces régions sont celles où la contagion s'exerce de préférence, tandis que l'infection produit ses effets indistinctement sur les divers points de l'organisme. En d'autres termes, si ces chancres résultent d'une syphilis ancienne, s'ils ne sont que des accidents secondaires, ils doivent, sous le rapport du siége, se comporter comme tout accident secondaire ; donc, pour qu'ils naissent à la verge et à la bouche plutôt qu'ailleurs, il n'y a pas de raison. Mais il y en a beaucoup, et de très-bonnes, s'ils sont, — comme je le crois pour la plupart, — le résultat d'une nouvelle contagion.

Serait-ce parce qu'il a senti la pointe de cette objection que M. Fournier fait aujourd'hui un pas de plus ? Ce n'est plus seulement, d'après lui, un ulcère induré qui peut apparaître spontanément sur un sujet syphilitique, à la bouche ou aux organes génitaux; mais chez ce sujet « les syphilides muqueuses se doublent souvent à leur base d'une induration absolument identique à celle du chancre. » (*Annal. de dermatol.* 1872, *n*° 4, *p.* 273.)

Remarquons, en passant, que cette nouvelle lésion indurée n'exposerait pas à beaucoup près autant le praticien aux chances d'erreur que le pseudo-chancre. Car on dit *les* syphilides indurées, et l'on dit *le* pseudo-chancre induré. Or, en fait de lésion syphilitique, aux yeux d'un clinicien expérimenté, jamais rien de ce qui est au pluriel ne mentira, ne simulera l'accident primitif avec autant de vraisemblance que ce qui est au singulier. En d'autres termes, *solitaire* étant le qualificatif ordinaire du chancre primitif, *confluentes* celui des plaques muqueuses, la lésion multiple ne saurait en imposer pour un chancre induré autant que la lésion unique.

Mais trêve à ces débats préjudiciels, mon cher ami. Vous

Digitized by Google

voulez savoir ma pensée sur cette nouvelle assertion de M. Fournier : *les plaques muqueuses s'indurent?* Je n'ai pas de motif pour la dire à demi.

Lorsqu'un auteur aussi digne de foi et aussi digne d'attention annonce un fait qui renverse toutes les idées reçues, il serait injuste et imprudent de juger sa découverte d'après le seul souvenir de notre observation ancienne. Qu'eût produit un tel procédé appliqué à toutes les révélations que la syphiligraphie a faites depuis quarante ans? Avant 1858, par exemple, on croyait, on proclamait tous les ulcères primitifs (chancres et chancrelles) également réinoculables. Que fût devenue la science si, quand M. Clerc nous dit « les *chancres* ne sont pas réinoculables, » on ne lui eût répondu qu'en citant les expérimentations antérieures ?... Cet écueil fut évité, grâce au bon esprit qui honore les spécialistes modernes. Tout préjugé mis de côté, on expérimenta à nouveau, M. Fournier plus que personne ; et bientôt fut reconnue et proclamée, avec l'inexactitude de l'ancienne loi, la justesse de la loi nouvelle.

C'est ainsi que, à son tour, M. Fournier a le droit d'être discuté et jugé. Et je n'aurais, à ce moment, en conséquence, qu'à me taire,—le temps, nécessairement, m'ayant manqué depuis la publication de son récent travail pour contrôler efficacement la légitimité de son affirmation (1) je n'aurais qu'à me taire... si des circonstances particulières ne me créaient, pour le litige dont il s'agit, une compétence extemporanée qui, je l'espère, ne sera pas contestée.

En effet, vers 1862, j'eus, dans un intérêt doctrinal, précisément à rechercher si les plaques muqueuses ne ressemblent pas, par certains caractères objectifs, au chancre primitif, de même que quelques-unes provoquent une adénopathie ; si (comme je l'énonçai), quelques-unes égale-

(1) Voyez, ci-après, le post-scriptum.

Digitized by Google

ment ne s'accompagneraient pas d'induration à leur base?

J'ai donc, à l'époque, dans ce but déterminé, examiné de très-près, palpé avec tout le soin que j'y puis mettre, et j'ajoute avec tout le désir que j'avais alors de trouver un très-grand nombre de plaques muqueuses, à diverses périodes et sur diverses régions : en dedans des lèvres, de la joue, sur la langue, au scrotum, à l'anus, sur les piliers du voile palatin, etc.; j'en ai touché de végétantes, d'intactes, d'exulcérées et d'ulcérées. Et je le déclare, je n'ai jamais pu reconnaître, au-dessous d'aucune d'elles, aucune induration perceptible.

Une réflexion, un souvenir me frappe, à ce moment, l'esprit. Les plaques muqueuses s'observent avec une fréquence extrême sur la lèvre inférieure, et cette lèvre est aussi le siége de prédilection des chancres primitifs. Eh bien! arrive-t-il jamais à un clinicien de s'y tromper, de prendre l'un pour l'autre? Même sans palper les ganglions, rien qu'en sentant ou ne sentant pas l'induration, ne se prononce-t-il pas sans hésiter? Et quand il a trouvé l'induration, quand, trouvant l'induration, il a dit : « c'est un chancre, » son jugement n'est-il pas toujours confirmé, soit par la révélation de la cause contagieuse, soit surtout par l'absence de toute autre lésion syphilitique durant cinq ou six semaines, et par l'éclosion, à ce terme, de la poussée secondaire classique ?...

Mais revenons, mon cher ami. Nous nous trouvons donc, M. Fournier et moi, tous les deux sincères et mutuellement pleins de confiance l'un en l'autre, — nous nous trouvons dans cette situation singulière où il me dit, lui, « j'ai vu des plaques muqueuses indurées; » et où je réponds, moi, non moins catégoriquement, « je n'ai jamais vu de plaques muqueuses indurées. »

Faut-il encore renoncer à découvrir quelque procédé, quelque *modus interpretandi*, qui nous mette d'accord?...

Digitized by Google

Vous m'en voudriez de n'y pas travailler derechef, mon ami; car il serait, n'est-il pas vrai, d'un fâcheux effet de voir deux de vos collaborateurs les plus assidus en dissidence sur un point, non de doctrine, mais de fait, mieux que de fait, d'observation? J'ai donc cherché, et malgré l'abîme qui semble nous séparer autant que l'affirmation l'est de la négation, je ne désespère point d'un rapprochement.

Remarquons d'abord que notre exploration, à l'un et à l'autre, n'a pas porté sur les mêmes régions. Je vois, quant à moi, dans mon cabinet, beaucoup plus d'hommes que de femmes. Et M. Fournier remarque, au contraire, que « ses syphilides indurées s'observent à la vulve plus souvent qu'ailleurs... qu'on peut les rencontrer ailleurs, comme aux lèvres, à la langue, à l'anus, etc.; mais qu'elles sont presque aussi rares sur ces derniers points qu'elles sont fréquentes à la région vulvaire (p. 258). » Par le fait, les quatre exemples, les seuls qu'il cite à l'appui de son théorème, sont des cas de plaques muqueuses vulvaires.

La vulve ne contiendrait-elle point la clef du mystère? Cherchons.

Un chancre primitif s'accompagne toujours d'adénopathie indurée, et quelquefois aussi, notons-le, de *lymphangite indurée;* cette lymphangite naît à son voisinage, et de là s'étend plus ou moins loin.

Si le chancre est à la verge, c'est sous la peau de cet organe que siége la lymphangite, qu'elle se présente sous forme de cordes, ou de noyaux, ou de plaques offrant exactement l'espèce et le degré de la dureté qui constitue l'induration sous-jacente du chancre primitif.

Si c'est à la vulve, les mêmes phénomènes, les mêmes complications de lymphangite indurée se produisent; mais, à la vulve, le réseau lymphatique, au lieu d'être sous-cutané, est sous-muqueux.

Digitized by Google

Or, autant il est rare que, à la période secondaire, il se développe sur la *peau* de la verge des lésions syphilitiques de nature exulcéreuse, autant il est commun qu'il s'en développe de cette nature sur la *membrane muqueuse* de la vulve. Ce sont les plaques muqueuses.

Votre esprit si clairvoyant me suit, je l'espère, mon cher ami; il me suit, s'il ne m'a devancé. Si les indurations secondaires sont propres à la vulve, c'est parce que c'est surtout à la vulve qu'elles trouvent les conditions propices à leur développement, tel que je le comprends, savoir : l'induration lymphatique péri-chancreuse, siégeant non au-dessous de la peau, mais au-dessous d'une membrane muqueuse, et d'une membrane muqueuse qui offre au plus haut degré les conditions (chaleur, humidité, contact mutuel, frottements répétés, sécrétions et excrétions irritantes), qui y favorisent l'apparition de lésions secondaires.

En deux mots, et comme transaction sinon comme conclusion (l'un des quatre faits de M. Fournier nécessitant de nouveaux détails), j'expliquerais les trois autres par une simple interversion dans les termes de l'énoncé, en disant, non comme mon savant collègue : « c'étaient des plaques muqueuses doublées d'une induration; » mais bien : « c'étaient des indurations lymphangiques doublées de plaques muqueuses. »

Mais j'y pense, mon ami, et j'y pense à temps. N'y aurait-il pas ici, entre M. Fournier et moi, un simple malentendu? Ce que, tous deux, nous appelons du même nom, *induration*, est-ce pour lui et pour moi la même chose?... J'en ai douté en méditant les dernières lignes de son travail, où je lis, non sans surprise, que « l'induration se relie moins à un accident donné de la maladie qu'à la maladie même; qu'elle trahit, qu'elle accuse moins un stade chronologique de la diathèse que la nature même et l'essence de

Digitized by Google

cette diathèse. En d'autres termes, l'induration, en syphilis, ne signifie pas plutôt chancre que tel autre accident; elle signifie simplement ceci : *lésion syphilitique.* »

Tout à l'inverse, hélas! de l'effet que me produit ordinairement le langage de notre si estimé collègue, cet énoncé n'éveille en moi qu'un sentiment d'opposition, car il heurte à la fois non-seulement mes souvenirs mais mes besoins de praticien. Non, jamais, j'en atteste notre commun maître, jamais mes yeux ne sauront, comme le veut M. Fournier, voir une *lésion identique* entre l'induration du chancre primitif et la soi-disant induration qui « constitue les tubercules, les nodi, qui accompagne certaines syphilides papuleuses, psoriasiques ou ecthymateuses (p. 261 et 262). » Des deux disciples qui jadis avions entendu Ricord faire de l'induration chancreuse la description différentielle qu'on n'oubliera jamais, qui l'avons l'un et l'autre, pendant des années, répétée dans nos leçons, appliquée au lit du malade, n'est-il pas bizarre que ce soit celui dont le pinceau avait trouvé moyen d'ajouter encore quelques traits à ce tableau expressif, que ce soit celui-là même, dis-je, qui cesse aujourd'hui d'y voir un signalement suffisant?

Mais il reste à la thèse de M. Fournier, pratiquement insoutenable, un appui suprême. Cette assimilation entre toutes les indurations serait, histologiquement, évidente? « Qu'est-ce, en effet, que l'induration chancreuse? dit notre collègue. Un néoplasme développé sous l'érosion du chancre. Que sont les indurations secondaires? des néoplasmes identiques doublant la base de lésions secondaires. Que sont encore les indurations ganglionnaires? des néoplasies interstitielles des glandes, etc., etc. » (p. 262.) Donc, en conclusion, tout étant néoplasme, tout est identique.

M. Fournier, l'une des natures les mieux douées pour voir juste et loin, qui vient de donner de si larges preuves

Digitized by Google

de sens pratique dans son admirable analyse des indications du mercure, M. Fournier a, sans doute, en écrivant ces lignes, été entraîné malgré lui sur la pente où tant de bons esprits glissent à qui mieux mieux. Livré à ses seules tendances, à ses droits instincts, eût-il, dans une question de clinique, pris pour juge du débat la science anti-clinique par excellence? J'ai nommé l'histologie moderne? Que de fois et sur combien de points n'ai-je pas eu à constater la stérilité absolue de cette pompeuse culture! Tant qu'elle n'est qu'inutile cependant, on lui pardonne; il suffit de passer à côté. Mais quand ses jets vous font trébucher, quand on risque de s'égarer dans ses broussailles, alors il faut bien jouer de la serpe, et c'est à quoi l'on finira par nous contraindre dans cette question des virus.

Ces messieurs viennent nous dire : « Croyez en nous, ne prenez pas d'autres guides. Nous seuls possédons la vérité. Tout ce que nous n'avons pas éclairé reste dans l'ombre. »

Mais, à côté des promesses, voulez-vous voir les faits? Jugez:

« Les recherches des anatomo-pathologistes modernes, lis-je en tête d'une récente monographie, ont démontré que les altérations histologiques du syphilôme et de la scrofulose sont identiques. » Virchow et Vagner d'ailleurs partagent explicitement cette conviction. Un autre, non moins illustre, avant hier, débarque en trois mémoires, pour annoncer que la molécule virulente ne diffère en rien de la molécule inflammatoire; que, entre les éléments constituants de la pustule variolique, par exemple, et ceux de la pustule stibiée, il n'y a pas, histologiquement, de différence.

Chacun son caractère, mon ami. Si j'en étais arrivé là, moi, si, après des années de recherches, j'avais réalisé un

Digitized by Google

pareil résultat, je sais bien ce que je ferais de ma *découverte*.

Nos grands législateurs n'ont pas ce tempérament. Ils publient leur œuvre (que les journaux d'ailleurs se disputent). Ils la lisent aux Académies, puis vont prendre des vacances, déclarant, en toute conscience, *faite*, la science qu'ils ont ainsi fabriquée...

A la bonne heure donc! puisqu'il le faut, soyons de notre époque et acceptons la mode nouvelle. Jadis, quand on avait relevé entre deux êtres morbides quelque différence, l'anatomie pathologique n'avait qu'un souci, chercher à l'expliquer. Aujourd'hui elle la nie. C'est plutôt fait; et je comprends que, pour elle du moins, il y a tout avantage. Achevons l'œuvre, j'y veux travailler à mon tour. Puisque l'anatomie nouvelle refuse de s'accorder avec la clinique, il ne reste qu'à mettre la clinique d'accord avec elle, prouver aux clients qu'inflammation et virus se valent; renoncer aux vieux préjugés de malignité, de spécificité; dire enfin à celui qui, indurées ou non, a la gorge pavée de plaques muqueuses, qu'il n'a pris qu'un rhume de cerveau.

Post-Scriptum. — Ceci était écrit à la fin de juin 1872. De retour à Lyon, je voulus voir, tant par moi-même que par les yeux de mes collègues, si je trouverais quelques plaques muqueuses indurées. Et voici le résultat de mes recherches.

Dans mon cabinet, j'ai relevé toutes les observations de plaques muqueuses qui se sont présentées depuis six semaines; j'en ai vu comme accident successif, comme accident de 1re, de 2e et de 3e poussée; j'en ai vu dans toutes les régions, y comprise la vulve; de toute largeur (une entre autres de 12 millim. en dedans de la lèvre su-

Digitized by Google

périeure), je les ai palpées avec le plus grand soin et n'en ai pu reconnaître d'indurées.

Interrogés sur ce point, mes collègues, les deux chefs de service de l'Antiquaille, m'ont tenu un langage différent. M. Dron, de la division des hommes, m'a dit positivement n'en avoir pas vu, et n'en avoir point dans son service.

« Montez, un matin, à l'Antiquaille, me dit, au contraire, M. Gailleton, de la division des femmes ; nous déjeunerons ensemble et je vous montrerai deux beaux exemples de plaques muqueuses indurées. »

Heureux de cette perspective, je vais, trois ou quatre jours après, à l'Antiquaille, chez M. Gailleton. Mon cher collègue me reçoit parfaitement, me montre avec les détails les plus obligeants tous les cas intéressants de son service, puis parle d'aller déjeuner. « — Mais... lui dis-je, mais les deux cas de plaques muqueuses indurées ? » — « Ah ! me répond mon collègue, l'une n'est plus indurée, et l'autre a quitté l'hôpital. Mais dès qu'il y en aura une nouvelle, je vous ferai prévenir. »

C'était le 13 juillet ; nous sommes aujourd'hui le 12 septembre. J'attends.

Votre ami dévoué,

P. DIDAY.

Digitized by Google

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Léon Labbé.

Zona spontané suivant la direction du troisième nerf intercostal, du brachial cutané interne, et de son accessoire au côté droit. (Observation recueillie par M. Coyne, interne du service.)

Le nommé X.... âgé de 50 ans, carrier de profession, d'une constitution forte et vigoureuse, entre à la Pitié, service de M. le Dr Labbé, le 9 février 1872.

Les antécédents morbides de cet homme ne présentent aucune particularité intéressante. Ainsi, il n'aurait jamais eu d'accidents rhumatismaux, soit articulaires, soit musculaires; jamais d'intoxication palustre antérieure, jamais aucun symptôme de syphilis. Vers l'âge de 25 ans, il aurait eu une affection thoracique aiguë qu'il caractérise par le terme de fluxion de poitrine; et vers la fin de l'année dernière, alors qu'il était détenu sur les pontons, il aurait présenté les symptômes d'une dyssenterie légère. Il est de retour à Paris depuis un mois environ.

L'état morbide dont il se plaint remonte à 6 jours, mais son développement n'a été accompagné d'aucun symptôme fébrile. Pendant son travail il a commencé à ressentir des picotements dans le creux axillaire droit, et à la partie inférieure du bras du même côté en avant l'épitrochlée. Il a

Digitized by Google

cru être blessé par ses vêtements et n'en a pas moins continué son travail. Le lendemain matin, en s'habillant, il a remarqué que les points qui la veille avaient été douloureux, présentaient de petites vésicules brillantes peu nombreuses encore. Cette éruption ne le fait souffrir dans la journée qu'en gênant ses mouvements.

Le jour suivant l'éruption s'est étendue davantage en suivant le bord interne du bras et de l'avant-bras, et en envahissant la partie postérieure du tronc. Il se décide à garder le repos, et, après 2 jours d'attente, voyant que son état ne s'améliorait pas, il entre à l'hôpital. Pendant ce temps de repos, il remarque seulement que de vésiculeuse l'éruption est devenue pustuleuse, et de plus en plus confluente.

Au moment de son entrée on constate les symptômes suivants : éruption très-confluente le long du bord inférieur du grand pectoral au niveau du creux axillaire, empiétant sur la face antérieure de ce muscle plus en dedans; elle s'arrête à trois travers de doigt du bord droit du sternum, après avoir ainsi décrit une courbe parallèle à celle que décrit le troisième espace intercostal. Cette éruption est formée de vésicules et de pustules d'âges différents, les unes, à ombilication très-prononcée, sont foncées en couleur, presque noires, entourées d'une auréole rouge peu étendue; elles sont à peu près sèches et l'épiderme se desquamme à leur niveau; d'autres plus récentes contiennent de la sérosité trouble. Elles sont entourées et supportées par une portion de derme enflammé assez étendue. Ces vésico-pustules sont disposées en groupes arrondis; chacun de ces groupes ne contenant que des pustules ou des vésicules du même âge et arrivées au même degré de développement, sans que jamais dans le même groupe il y ait mélange.

En arrière, l'éruption est un peu différente; elle est re-

Digitized by Google

présentée par deux plaques ovalacées à grand axe oblique en bas et en dehors, occupant la partie de peau située entre la crête des apophyses épineuses et le bord spinal de l'omoplate, au niveau de l'épine de cet os et empiétant un peu sur la région scapulaire. En ces deux points l'éruption est très-confluente, tellement confluente même que ces surfaces ressembleraient par place à des plaques d'eczéma humide, entremêlées de groupes de très-petites vésicules. La demi-circonférence que représenterait cette éruption entre la crête épineuse et le sternum est interrompue au niveau du moignon de l'épaule.

En bas et en dedans, en suivant le bord interne du bras et de l'avant-bras, on trouve deux traînées longitudinales analogues à celles que nous venons de décrire.

La première bande, la plus considérable en longueur, suit sur le bras l'interstice qui sépare le bord interne du biceps et l'antérieur du triceps brachial; puis au niveau du pli du coude, passe immédiatement en avant de l'épitrochlée, descend le long du bord cubital de l'avant-bras sans dépasser le bord externe du muscle cubital antérieur, et s'arrête brusquement au niveau de l'interligne articulaire du poignet. Les groupes de vésico-pustules qui constituent cette traînée sont également d'âges différents. Seulement la confluence y est plus prononcée que pour la région pectorale, si ce n'est un peu au-dessus du poignet où les groupes sont clair-semés.

La seconde bande, moins large, suit le bord postérieur et interne du bras, est moins nette dans sa continuité, et s'arrête un peu avant d'atteindre la région olécranienne.

En résumé, cette éruption présente la même distribution que celle du troisième nerf intercostal du brachial cutané interne, et de l'accessoire de ce nerf. Cette association ne doit pas nous étonner; l'anatomie, en effet, nous enseigne que cet accessoire reçoit une branche importante du troi-

Digitized by Google

sième intercostal, et que le tronc ainsi formé se distribue à la peau de la partie postérieure du bras sans dépasser le coude.

Cette éruption n'est pas douloureuse, à peine un peu de sensation de cuisson lorsque les vêtements frottent la partie de la peau lésée.

Aucun symptôme du côté du tube digestif, pas de troubles de la motilité et de la sensibilité.

10-13 *février*. — L'éruption qui avait atteint son plus grand développement entre dans une voie décroissante, un certain nombre de groupes se dessèchent.

14 *février*. — Le plus grand nombre des pustules sont sèches ; mais quelques groupes autour desquels le processus inflammatoire avait pris un plus grand développement, sont remplacés par de petites ulcérations dues à une gangrène limitée de la peau ayant détruit les couches les plus superficielles du derme.

A ces phénomènes se sont ajoutées, cette nuit, des crises de douleur franchement névralgique, débutant dans la profondeur du creux axillaire et venant s'arrêter à la limite inférieure de l'éruption.

15 au 26 *février*. — L'éruption disparaît peu à peu ; les ulcérations se réparent assez vite, et les crises névralgiques qui n'ont été jamais ni bien violentes ni bien fréquentes finissent par disparaître à peu près. Le malade sort le 27 février, guéri de son éruption, mais souffrant encore de quelques élancements douloureux.

Cette observation nous paraît intéressante à plus d'un point de vue ; d'abord à cause des rameaux nerveux qui ont été atteints, brachial cutané interne et son accessoire. Nous ne connaissons qu'un seul fait de ce genre, celui de M. Rouget ; de plus, elle nous paraît vérifier une des conclusions du travail que M. Parrot a publié sur le zona, à savoir que les plaques vésiculeuses doivent siéger sur le

Digitized by Google

trajet d'un rameau nerveux superficiel. Or, au niveau du moignon de l'épaule il n'y avait aucune trace d'éruption; on n'en trouvait qu'en arrière et en avant, dans les points où la peau reçoit des filets provenant du troisième nerf intercostal, en arrière par la branche postérieure, en avant par la branche antérieure de ce tronc. Cette particularité nous paraît mériter l'attention, en ce sens que s'il est vrai, comme nous le croyons, que le zona spontané soit dû à une lésion du nerf; l'altération, quel que soit son siége, devait, dans le cas particulier, remonter ou même n'exister que dans le voisinage du trou de conjugaison, puisque c'est à l'émergence de ce trou que la bifurcation du tronc nerveux en deux branches s'effectue.

Digitized by Google

DE LA LARYNGITE SYPHILITIQUE

Par le docteur Ferras, ancien interne des hôpitaux de Paris. — In-8° de 86 pages; chez Delahaye, Paris.

Jusqu'au moment où Czermak et Turck vulgarisaient l'emploi du larynhoscope, la laryngite syphilitique n'avait été étudiee qu'au point de vue purement fonctionnel, et la nature des lésions n'avait été admise qu'à l'état d'hypothèse. Les recherches de Gerhardt, Roth, Dance montrant, l'instrument à la main, l'identité des désordres de la muqueuse laryngée et des autres muqueuses, ont été depuis reproduites sans conteste. M. Rollet, dans son article du *Dictionnaire des sciences médicales*, accepte les conclusions de ces divers travaux et reconnaît la roséole et la plaque muqueuse comme fréquentes dans la laryngite syphilitique. Enfin dans un récent mémoire (*Abeille médicale*, 1872), M. Mandl accorde encore une part assez large à la plaque muqueuse dans l'étiologie de cette laryngite.

Mettant à profit les richesses des divers hôpitaux de Paris, M. Ferras est parvenu à réunir plus de cent observations, et l'examen de ce grand nombre de malades l'a conduit à poser des conclusions tout à fait contraires aux précédentes. Rien n'autorise, selon lui, à mettre les accidents syphilitiques du larynx en accord avec la marche des accidents cutanés. Il n'est pas admissible d'établir une laryngite primaire comme l'ont fait Gerhardt et Roth, une aphonie secondaire, comme Diday. Il y a lieu de se demander si l'af-

Digitized by Google

fection laryngée est une à toutes les périodes, ou bien si la syphilis détermine dans le larynx des lésions élémentaires analogues à celles de la peau? Ainsi posée, la question conduit l'auteur à n'admettre ni l'une ni l'autre de ces propositions. L'autorité des observateurs ne permet pas de mettre en doute la réalité de plaques muqueuses et papules laryngées. Mais ce sont là, comme il le dit, des *exceptions* et non la règle. Pour M. Ferras, pas de laryngite primaire, secondaire ou tertiaire, mais deux variétés correspondant à des formes anatomiques distinctes, et qui ne préjugent rien sur la période de la syphilis : *laryngite non ulcéreuse* et *laryngite ulcéreuse*. Cette division se base sur des considérations tirées de l'étude anatomo-pathologique et des recherches cliniques sur les caractères bien tranchés des lésions dans les deux formes et sur des symptômes qui, au point de vue fonctionnel et physique, sont bien différents.

Dans un chapitre étendu consacré à l'anatomie pathologique, l'auteur passe en revue avec soin les désordres inhérents aux deux variétés. D'un côté, une hypérémie intense, diffuse, pouvant, si la marche est rapide, arriver à l'œdème, mais procédant d'ordinaire lentement et déterminant par suite soit une hypertrophie généralisée, soit l'apparition de végétations papillaires. De l'autre un et rarement plusieurs ulcères à bords végétants, à fond lardacé, induré, pouvant amener par destruction des tissus sous-jacents des suppurations, des caries et nécroses laryngées. Les plaques muqueuses n'ont jamais été observées par l'auteur, et le soin « apporté dans nos recherches, dit-il, nous autorise à croire que, dans aucune nécropsie, ces altérations n'ont été consignées. »

Dans l'énumération des symptômes, M. Ferras insiste beaucoup, à propos de la première forme de laryngite, sur la distinction qu'il y a lieu de faire dans les altérations de la voix entre le timbre, le diapason, la souplesse et l'in-

Digitized by Google

tensité, caractères qui sont altérés à un degré varié. Il discute à ce sujet la théorie de Diday, rattachant l'*aphonie secondaire* à une paralysie des muscles du larynx et l'explique plus simplement par les altérations anatomiques, savoir : l'épaississement, la largeur augmentée des cordes vocales et le rétrécissement partiel de la glotte consécutif à cet épaississement. L'exposé des signes physiques fournis par l'emploi du laryngoscope lui fait rejeter complétement les conclusions de ses devanciers : « Nous ne croyons pas « que la roséole laryngée ait des caractères distincts pou- « vant servir à la diagnostiquer.

« Les plaques muqueuses qu'on dit n'être pas rares le « sont au contraire beaucoup. Les papules, les tubercules « sont encore beaucoup moins fréquents. »

Dans la laryngite ulcéreuse, les symptômes fonctionnels sont bien plus accusés ; la respiration, peu ou pas troublée dans le premier cas, est ici plus ou moins gênée, sifflante ; la douleur existe alors qu'elle était nulle précédemment ; enfin les troubles de la déglutition sont en rapport avec l'anesthésie, la raideur et la destruction de l'épiglotte. Quant aux signes physiques, les altérations trouvées sur le cadavre en rendaient compte par avance : ce sont des ulcérations ou plutôt le plus souvent c'est une ulcération à dimension variable siégeant par ordre de fréquence sur l'épiglotte, les ligaments aryténo-épiglottiques, les cordes vocales supérieures, les éminences aryténoïdes et les cordes vocales inférieures.

Les terminaisons de la laryngite syphilitique se déduisent facilement de l'étude anatomique et clinique : favorable dans le premier cas ou n'entraînant qu'un trouble fonctionnel plus ou moins prononcé (*asynergie vocale* de Krisbaber et Peter), elle se montre bien plus grave dans le second. En outre des désordres irrémédiables de la phonation qu'elle produit le plus souvent, la laryngite ulcéreuse

Digitized by Google

peut menacer la vie pendant sa période d'activité (œdème de la glotte, abcès, séquestre détaché) ou après cicatrisation, en produisant un rétrécissement. Enfin, c'est dans cette forme que l'état général a pu être assez influencé pour mériter le nom de *phthisie laryngée syphilitique*.

Quatre points principaux nous arrêteront à l'article diagnostique. Y a-t-il laryngite? question facilement résolue par l'examen laryngoscopique. Est-elle syphilitique? les antécédents, la présence d'accidents sur d'autres points du corps le rendront facile en général. En dehors de ces cas ordinaires, il y a lieu d'établir le diagnostic avec les diverses variétés de laryngite chronique, notamment la glanduleuse et la laryngite non ulcéreuse des tubercules. Ce dernier point est discuté avec soin par M. Ferras. Manquant d'observations personnelles, il n'a pu établir les signes différentiels de la laryngite scrofuleuse et syphilitique. Enfin, il reste à rechercher quelle est la forme de cette laryngite et quelles complications elle peut entraîner.

Dans un dernier chapitre, la question du traitement est étudiée au point de vue spécial de ce travail. Mettant en première ligne le traitement général, mercuriel ou ioduré, ou même mixte, suivant la période que traverse le sujet malade, l'auteur signale comme une nécessité impérieuse le traitement local si l'on veut guérir vite et bien. Les diverses méthodes, fumigations, poudres, cautérisations, emploi des eaux sulfurées (Bonnes, Luchon) sont successivement passées en revue et trouvent leur application dans des cas variables. Les accidents de suffocation ou de menaces d'asphyxie amenés par un rétrécissement progressif sont justiciables de la trachéotomie.

Appuyé sur des observations rigoureuses et multipliées, ce travail, on le voit, fait table rase des idées émises jusqu'à ce jour sur la nature des lésions laryngées dans la syphilis; l'examen critique de ces idées écarte non-seule-

Digitized by Google

ment l'interprétation, mais les faits eux-mêmes. Nous aurions voulu voir consignées quelques observations choisies parmi les plus intéressantes ; leur grand nombre et leur ressemblance ont arrêté M. Ferras, et il lui a paru suffisant d'en énoncer les résultats généraux. Aussi ne lui en ferons-nous pas un reproche, alors qu'il y a tant d'éloges mérités pour un travail original, longuement élaboré et réhaussé d'un style des plus clairs et des plus élégants.

A. Cartaz.
Interne des hôpitaux de Paris.

Digitized by Google

IV

SUR LA RÉSORPTION DES MATIÈRES NON DISSOUTES CHEZ LES MAMMIFÈRES,

Par le Dr Henri AUSPITZ, de Vienne.

(Suite et fin.)

IVe SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Injections pratiquées dans la cavité abdominale avec de l'amidon, tenu en suspension dans l'huile.

3 Expériences (XXVII à XXIX).

Après avoir filtré de l'huile de Provence dans un linge de toile, j'y broyai une certaine quantité d'amidon de riz, de manière à obtenir un liquide d'un jaune pâle, visqueux et filant.

Expérience XXVII (23 février 1871). J'injectai dans la cavité abdominale d'un lapin 6 grammes de ce liquide. Le même jour cet animal perdit son appétit et parut un peu abattu. Au bout de quelques heures, on trouva un peu d'amidon dans le sang des oreilles et aussi dans celui de la veine crurale. Le second jour, on trouva l'animal mort.

Autopsie. — Dans la cavité thoracique, qui fut ouverte la première sans blesser le diaphragme, on trouva une cer-

Digitized by Google

taine quantité de sérum sanguinolent; les poumons étaient affaissés, d'un rouge brun; ils contenaient de l'air; il n'y avait pas de liquide dans le péricarde; le cœur était rouge foncé, ses cavités renfermaient du sang liquide. Dans la cavité abdominale il n'y avait pas d'épanchement; le péritoine était transparent partout; dans les parties déclives il y avait un peu d'amidon réuni sous forme de bouillie. Le foie était hyperémié; les autres viscères abdominaux étaient tous à l'état normal. L'épanchement pleurétique dont nous avons parlé contenait une quantité considérable de grains d'amidon, les uns volumineux, les autres très-petits. Le cœur ne fut pas ouvert, mais le liquide qu'il renfermait en fut retiré à l'aide d'une sonde capillaire; on l'examina avec soin; il contenait une quantité considérable d'amidon. Dans les poumons il y avait également un grand nombre de grains d'amidon non-seulement dans les petits rameaux vaculaires, mais encore dans la profondeur des tissus. Dans les vaisseaux lymphatiques du centre phrénique, il y avait de petits grains d'amidon, soit isolés, soit réunis en grumeaux. Dans les veines cérébrales situées au-dessus des hémisphères, ainsi que dans l'épanchement qui se forma à la base du crâne lors de l'extraction du cerveau, il y avait une assez grande quantité de grains d'amidon.

Expérience XXVIII (2 mars 1871). — Chez un second lapin, j'injectai le premier jour 6 grammes de liquide; le second jour, après lui avoir fait une forte saignée, je lui injectai de nouveau 4 grammes du même liquide; il mourut le troisième jour. Chez cet animal, je ne trouvai pas d'exsudat dans la plèvre, mais le péritoine contenait une certaine quantité d'un liquide foncé. Il n'y avait pas d'adhérences dans le péritoine, mais la surface parietale de cette membrane était légèrement injectée. Les viscères abdominaux étaient à l'état normal. Le liquide contenu dans les poumons, le tissu pulmonaire et le sang, provenant des

Digitized by Google

parties profondes du cœur, contenaient de nombreux grains d'amidon. En même temps, et du reste comme chez le premier animal, je trouvai une grande quantité de gouttelettes d'huile de dimensions variables, provenant évidemment de l'huile injectée ; de temps à autre on trouvait dans le sang des leucocythes qui paraissaient renfermer dans leur intérieur un ou plusieurs grains d'amidon.

Expérience XXIX (3 mars 1871). — Chez un troisième animal, un cochon d'Inde, j'injectai seulement 3 grammes de liquide ; je le sacrifiai le second jour. Je ne trouvai chez cet animal ni pleurésie, ni péritonite. Mais il y avait une quantité assez considérable d'amidon dans les poumons, dans le foie, entre les faisseaux musculaires des parois du cœur, ainsi que dans le caillot fibrineux que renfermait cet organe.

Encouragé par ces résultats remarquables, je passai de suite à la

Ve SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Injections faites dans le tissu cellulaire sous-cutané avec de l'amidon, tenu en suspension dans l'huile.

2 Expériences (XXX et XXXI).

Expériences XXX (6 mars 1871). — J'injectai à un gros lapin 5 grammes d'amidon, tenu en suspension dans de l'huile, dans le tissu cellulaire sous-cutané du dos. Il se forma sous la peau, à gauche des vertébres lombaires, une petite bosse qui disparut bientôt. Il ne coula pas une seule goutte de liquide à l'extérieur.

Le lendemain, on fit une seconde injection de 5 grammes. L'animal parut un-peu abattu, mais il mangea avec plaisir.

Le troisième jour il fut sacrifié.

Digitized by Google

Autopsie. — La cavité thoracique, qui fut naturellement ouverte la première et par le côté sternal, ne contenait rien d'anormal. Les poumons étaient affaissés, d'un blanc grisâtre, aérés ; le cœur était rempli de sang liquide. Le cœur et les poumons furent extraits soigneusement avant d'ouvrir la cavité abdominale.

Le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale jusqu'au péritoine était rempli de gouttes d'huile. Au niveau de l'ombilic, il y avait un peu d'amidon réuni en un grumeau solide. Les viscères abdominaux étaient intacts. Le péritoine même était normal. Le liquide pulmonaire contenait une quantité considérable de grains d'amidon et de gouttelettes d'huile de dimensions variables. Le tissu des poumons en contenait également une très-grande quantité, et cela à toutes les profondeurs. Les ganglions lymphatiques de l'aisselle présentaient aussi quelques petits grains d'amidon. Il en était de même pour le foie, la rate et les reins.

Expérience XXXI (9 mars 1871). — J'injectai chez un second lapin 10 grammes de liquide sous la peau du dos. La même quantité fut injectée les trois jours suivants, 10, 11 et 12 mars. Le 12, l'animal paraissait abattu ; il était paralysé d'un côté. Diarrhée. Il meurt dans la nuit.

Autopsie. — Le tissu cellulaire sous cutané de la poitrine et du ventre est totalement infiltré d'huile. Les poumons présentent çà et là des petits noyaux assez durs, gros comme un grain de millet, qui ne se distinguent pas essentiellement du tissu pulmonaire, en raison de leur couleur jaune grisâtre. Les lobes pulmonaires inférieures contiennent du sang mélangé de mucus ; ils ont une coloration plus foncée que les lobes supérieures. Le cœur est rempli de sang liquide.

Le péritoine était normal ; le foie, tuméfié, d'une couleur foncée, rugueux sur la coupe. Les reins, gonflés, hyperémiés. Certaines parties du gros intestin, particulièrement

Digitized by Google

l'appendice vermiculaire et le cœcum offraient sur plusieurs points une couleur foncée; ils étaient couverts sur leur surface muqueuse de sang caillé adhérant fortement à la muqueuse qui, au-dessous de ces caillots, était elle-même parfaitement normale. Les autres viscères abdominaux étaient également intacts. Les ganglions de l'aisselle et ceux qui sont situés le long de la colonne vertébrale étaient tuméfiés.

Le cerveau et ses membranes étaient assez congestionnés, mais ne présentaient pas d'autre altération appréciable. Les veines de la moelle allongée et du cervelet contenaient une grande quantité de grains d'amidon. Dans l'intérieur du cœur et dans les muscles qui le constituent, il y en avait aussi, mais en plus faible quantité. Les petits noyaux dont nous avons constaté plus haut l'existence dans les poumons, et qui étaient formés de cellules ratatinées, de globules graisseux et de cellules granuleuses, contenaient à toutes les profondeurs quelques grains d'amidon qui se distinguaient facilement du tissu pulmonaire sain. A quelle époque remontait l'existence de ces noyaux ? quel rapport pouvait-elle avoir avec l'injection d'amidon ? C'est ce que je ne saurais décider. Le liquide pulmonaire, qui fut exprimé d'une partie profonde du poumon prise après un lavage soigneux de la surface de cet organe, contenait également de l'amidon, mais en quantité moins grande que dans le cas précédent.

Le foie et la rate ne renfermaient que très-peu d'amidon ; il y en avait au contraire beaucoup dans les reins. Les ganglions lympathiques tuméfiés ne contenaient pas d'amidon.

Les deux dernières séries d'expériences ne laissent aucun doute sur ce fait que l'amidon passe avec facilité, aussi bien du sac péritonial que du tissu cellulaire sous-cutané, dans la circulation du sang, quand il est tenu en suspension

Digitized by Google

dans la graisse et que l'injection est faite avec des quantités notables d'amidon. Les grains d'amidon qui ont été absorbés n'étaient pas de la petite espèce, dont le volume ne dépasse pas celui des globules blancs et même rouges du sang ; il y en avait parmi eux un certain nombre dont le volume dépassait les dimensions que l'on considère comme permettant encore le passage dans les vaisseaux capillaires du plus gros calibre. Je ne saurais, quant à présent, donner une explication de ce fait.

En outre de l'amidon, j'ai trouvé dans différents organes et dans le sang de la graisse en telle quantité qu'elle était évidemment due à la quantité du liquide injecté. Cela prouve donc d'une manière incontestable que la graisse est absorbée, non pas seulement par l'intestin, mais encore par les membranes séreuses et par le tissu cellulaire sous-cutané.

Magendie a émis l'avis que la présence d'une grande quantité de graisse dans le sang *peut* empêcher le passage de ce liquide à travers les capillaires ; il a même cherché à prouver ce fait en rapportant qu'à la suite d'une injection d'une once d'huile dans la veine jugulaire, il a vu se produire une oblitération des petites artérioles pulmonaires. Je n'ai pas trouvé dans mes expériences la confirmation de ce fait, non plus que celle des résultats que Virchow et d'autres observateurs ont obtenus d'expériences analogues. Je me range donc à l'opinion de Bergmann et de O. Weber, qui pense qu'il n'y a qu'un excès dans la quantité de graisse absorbée dans le sang qui puisse donner lieu à des troubles notables de la circulation.

Les résultats fournis par l'autopsie des animaux soumis aux expériences ont montré de plus que l'huile, qui avait tout d'abord formé une bosse plus ou moins volumineuse sous la peau dans un certain point, pénétrait à travers les mailles du tissu cellulaire sous-cutané et inter-

Digitized by Google

musculaire et arrivait ainsi jusqu'aux membranes séreuses qui revêtent les grandes cavités du corps. Il est bien possible que l'absorption de la graisse et du corps solide qu'elle tient en suspension ne commence que là à proprement parler, de sorte que peut-être ne faut-il pas envisager le tissu cellulaire sous-cutané même comme étant le centre principal de l'absorption, mais qu'il faudrait, d'après nos expériences, reconnaître cette fonction aux surfaces externe et interne des séreuses des grandes cavités. Cette hypothèse compléterait donc, loin de la contredire, relativement à l'absorption par la surface interne des séreuses, l'opinion avancée par Dybkowsky, que la plèvre costale n'absorbe les substances solides que lorsqu'elles sont introduites dans la cavité de la poitrine ; par contre, elle ne répond pas complétement aux résultats des expériences faites par de Recklinghausen, qui nie expressément que la surface interne du péritoine puisse, en dehors du centre phrénique, absorber les matières solides introduites dans la cavité abdominale.

Pour ce qui est des phénomènes qui ont été constatés dans cette dernière série d'expériences, je dois ajouter que j'ai observé une certaine tendance aux épanchements hémorrhagiques dans différentes parties de l'organisme. A cet ordre de phénomènes se rattachent : l'épanchement sanguin dans la plèvre observé dans l'expérience XXVII, le liquide trouvé dans la cavité péritonéale dans l'expérience XXVIII, les suffusions de sang dans la muqueuse intestinale observées dans l'expérience XXXI. Par contre, je n'ai pas constaté d'inflammations notables dans les parenchymes.

La répartition de l'amidon dans les organes était absolument celle que j'avais observée dans la première série d'expériences, où l'amidon avait été directement introduit dans les veines.

Ces résultats justifiaient donc pleinement la supposition que j'avais émise, que de même que dans les cas où il est

Digitized by Google

directement injecté dans les veines, l'amidon est transporté par le système veineux dans la grande circulation, et de là il passe à travers le cœur gauche dans la grande circulation. Une seule question restait dès lors à résoudre, où sont tes stations finales de l'absorption, est-ce dans le système veineux même ou bien dans le système lymphatique qui s'abouche dans les veines?

En faveur de cette dernière hypothèse plaidaient les expériences de von Recklinghausen et de Dybkowsky, ainsi que les résultats que m'avaient fournis à moi-même les injections d'amidon que j'avais pratiquées avec l'amidon dans la cavité abdominale, expériences dans lesquelles je trouvai de l'amidon dans les voies lymphatiques du centre tendineux (Exp. XVII et XXVII). Mais d'un autre côté, admettre que les matières solides transportées par les vaisseaux lymphatiques périphériques puissent franchir les premiers ganglions lympathiques, c'était se mettre en opposition flagrante avec l'opinion généralement reçue jusqu'ici, que les ganglions lymphatiques sont destinés au filtrage de la lymphe, et aussi avec les résultats constatés par différents auteurs relativement au tatouage; on sait, en effet, que des particules de cinabre avec lequel on a tatoué la peau se retrouvent dans les ganglions lymphatiques les plus voisins, mais non au delà. D'où il résulterait que le passage du cinabre ou en général des corps solides dans le sang lorsqu'il a lieu, doit se faire, non pas par le système des vaisseaux lymphatiques, mais directement par les vaisseaux sanguins, par les capillaires sanguins ou par les petites veines. Pour éclaircir ce point, j'ai fait les expériences suivantes :

Digitized by Google

VIe SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Examen du canal thoracique au point de vue de l'amidon, après des injections d'amidon dans la cavité abdominale et le tissu cellulaire sous-cutané.

(A. Expériences XXXII à XXXV.)

Exp. XXXII (22 mars). J'injectai dans la cavité abdominale d'un lapin 10 grammes d'un mélange d'huile et d'amidon. Une heure après, je tuai l'animal, j'ouvris le thorax, j'en retirai les viscères ; puis le canal thoracique, qui était fortement rempli, ayant été lié, fut extrait pour examiner son contenu.

Il renfermait, en outre du liquide lymphatique et des éléments de la lymphe, une grande quantité de graisse et un nombre considérable de grains assez petits d'amidon qui devinrent bleus par l'action de l'iode. Les poumons contenaient également des grains d'amidon.

Cette expérience me parut démontrer d'une manière incontestable que l'amidon sort du péritoine à travers les vaisseaux lymphatiques et arrive par le canal thoracique dans la masse du sang. Mais il restait encore à rechercher si le même résultat se produit à la suite de l'injection sous-cutanée.

Une expérience (XXXIII) que je fis dans ce sens, le 27 mars, demeura sans résultat. J'avais injecté à un animal 4 grammes de liquide sous la peau de la face interne des deux cuisses ; l'animal fut tué une heure après.

Chez un second lapin (expérience XXXIV, 28 mars), je fis une injection sous la peau des cuisses, et le lendemain une autre sous la peau du dos. Une heure après la seconde injection l'animal fut tué. Le canal thoracique contenait

Digitized by Google

beaucoup d'amidon. Il y en avait encore une assez grande quantité dans les poumons ; il y en avait moins dans le sang des veines. Chez un troisième lapin (Expérience XXXV, 30 mars), qui fut traité exactement de la même façon que le second, je trouvai dans le canal thoracique une quantité considérable de grains d'amidon. Les viscères de cet animal ne furent pas examinés.

Ainsi la présence de l'amidon dans le canal thoracique, après l'injection sous-cutanée, était constatée, bien que la quantité retrouvée ne fût pas aussi considérable dans ce cas qu'après les injections faites dans la cavité abdominale. Il semble que la quantité du liquide doit être plus considérable quand on l'injecte sous la peau, et qu'il faut aussi un temps plus long pour que la résorption ait lieu que quand l'injection est faite dans la cavité abdominale. Aussi je crois pouvoir attribuer le résultat négatif de l'expérience XXXIII surtout à cette circonstance, que le temps n'avait pas été assez long pour que la résorption pût se faire par le tissu sous-cutané.

Une partie des expériences que nous avons décrites jusqu'ici avaient fourni la démonstration que des substances insolubles peuvent être absorbées par le tissu cellulaire sous-cutané et transportées dans la circulation. Mais on comprend qu'à cette question il s'en rattache une autre, qui est de savoir comment la peau intacte se comporte en présence de ces mêmes substances insolubles. Cette question a été étudiée par de nombreux observateurs à une époque où l'on n'avait pas encore entrepris des recherches approfondies sur l'absorption des corps solides par le tissu cellulaire sous-cutané. De plus, c'est le mercure qui avait été exclusivement employé pour ces expériences, et cela, pour ce motif que la question était posée, non pas au point de vue physiologique, mais au point de vue pharmacodynamique. Nous avons déjà plus haut passé en revue tout

Digitized by Google

ce que la littérature médicale contient de plus important à ce sujet, et nous avons démontré que le mercure est précisément la substance qui convient le moins pour la solution des questions relatives à l'absorption des corps solides. Les expériences que j'ai faites moi-même me font penser que le mercure métallique dans l'onguent gris peut être divisé si finement que, même quand le microscope, avec les plus forts grossissements, ne nous fait reconnaître aucune particule de mercure, on ne peut pas toujours pour cela affirmer d'une manière absolue qu'il n'y en a pas. Mes expériences m'ont appris en outre, ainsi que je l'ai indiqué plus haut, que des globules de mercure visibles d'une façon manifeste ne présentent pas sous le microscope des signes caractéristiques absolus. Quant à ce que les auteurs ont écrit relativement au diagnostic différentiel des globules de mercure d'une part, et de l'autre des globules d'air, des gouttes de graisse et des grains de pigment, cela ne me paraissant pas satisfaisant, je me crus par cela même autorisé à dire que ni les résultats négatifs, ni les résultats positifs indiqués par les auteurs, qui se contredisent à peu près régulièrement les uns les autres, n'ont pas trouvé par l'emploi du microscope un éclaircissement complet. Enfin, comme il n'existe pas un réactif chimique qui permette de reconnaître directement le mercure métallique dans le tissu de la choroïde ou dans le tissu cellulaire, il faut, à mon avis, renoncer à l'emploi du mercure pour arriver à résoudre la question du passage des substances non dissoutes à travers l'épiderme.

Je renonce donc à décrire en détail les expériences que j'ai faites à l'aide de frictions d'onguent mercuriel, quoique j'y aie procédé avec le plus grand soin et d'après une méthode qui, je crois, ne permettait aucune source d'erreur. Chez des lapins, à la suite de frictions de courte durée, j'ai trouvé dans le chorion et dans le tissu cellulaire sous-

Digitized by Google

cutané de petits corpuscules ronds, que je suis très-porté à regarder comme étant des globules de mercure, ces corpuscules ne se dissolvant pas dans les alcalis comme les grains de pigment, ni dans l'éther et l'alcool, comme la graisse. Cependant il ressort évidemment de ces expériences :

1° Que l'on ne peut pas affirmer qu'après des frictions de courte durée (un quart d'heure à une demi-heure), même chez des lapins, dont la peau est très-délicate, il existe dans le derme et le tissu cellulaire sous-cutané une quantité considérable de particules de mercure reconnaissables par le microscope ;

2° Que la présence de quelques molécules mercurielles dans ces tissus est probable, mais non pas prouvée d'une manière absolue.

Quant aux frictions prolongées et réitérées souvent, comme certains auteurs les ont faites, je n'ai pas voulu y recourir parce qu'il est à craindre que par un effet mécanique ou chimique, l'épiderme ne vienne à subir quelque altération sérieuse, macération ou arrachement, qui fait que les expériences perdent toute leur valeur. Une substance qui, après une friction énergique d'une demi-heure, n'a pas traversé la peau, n'est généralement pas capable, suivant moi, de traverser les pores physiologiques de l'épiderme intact.

Aussi, pour arriver à résoudre la question de la pénétrabilité des corps non dissous à travers l'épiderme, suis-je revenu, pour les motifs que j'ai indiqués plus haut, à cette méthode qui m'avait paru dans mes expériences antérieures être la plus convenable, c'est-à-dire à l'emploi de l'amidon. C'est ainsi que je procédai à la

Digitized by Google

VIIe SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

10 *Expériences : 6 sur des lapins* (Exp. XXXVI à XLI) *et 4 sur la peau humaine* (Exp. XLII à XLV).

Je pouvais chercher de deux manières à résoudre la question que je m'étais posée : ou bien en recherchant l'amidon dans les organes internes et en particulier dans les poumons, après avoir préalablement fait des frictions à l'extérieur. Dans ce cas l'amidon, devait d'abord avoir pénétré à travers le derme et le tissu cellulaire sous-cutané; puis, par le fait même de son absorption ultérieure, il n'en devait plus rien rester dans ces parties. Ou bien, en recherchant directement l'amidon dans les parties inférieures de la région cutanée où les frictions avaient été faites. Je dus renoncer à la première méthode, parce qu'il était à prévoir que, même dans les circonstances les plus favorables, à peine passerait-il à travers l'épiderme et parviendrait-il jusque dans le système veineux un nombre plus considérable de grains d'amidon que dans nos IIe et IIIe séries d'expériences. Quelques essais ont même confirmé cette supposition.

Je passai donc de suite à la seconde méthode, et cela de la manière suivante :

Un morceau de la peau du dos d'un lapin vivant (endormi par le chloral) fut rasée, puis détachée avec des ciseaux en même temps que le tissu cellulaire sous-cutané. Ce morceau de peau fut alors fortement tendu sur un cercle de liége, dont la partie évidée mesurait environ 5 centimètres et dont la hauteur était de plus d'un centimètre. La peau était fixée sur la partie extérieure corticale de l'anneau de liége, par des épingles enfoncées perpendiculairement sur cette même face externe. Puis ce cercle de liége fut placé

Digitized by Google

par sa face inférieure sur une lame de verre préalablement examinée au microscope et par conséquent d'une propreté absolue ; on l'y fixa avec du mastic de vitrier. Par ce moyen on pouvait regarder et examiner la surface inférieure de la peau sans qu'elle fût accessible à la moindre malpropreté. Alors on frotta fortement avec le doigt, pendant un à trois quarts d'heure sur la face externe de la peau une pommade d'amidon fraîchement préparée ; puis le mastic fut enlevé, on souleva l'anneau de liége avec la peau tendue sur lui et on le retourna vivement mais avec beaucoup de soin ; la surface supérieure de la peau sur laquelle on avait fait la friction se trouva alors en contact avec la lame de verre sur laquelle on fixa l'anneau de liége avec du mastic. Par ce moyen, la face inférieure de la peau se trouvait tournée en haut et libre, de façon que l'on pouvait l'examiner couche par couche et en prendre des tranches pour les soumettre au microscope.

Dans deux cas (Exp. XL et XLI, 4 et 6 avril), je fis la friction de pommade d'amidon sur des lapins vivants, afin d'éviter le collapsus qui survient toujours dans la texture de la peau par le fait de la mort. Dans ces deux cas, la peau ne fut détachée qu'autant qu'il le fallut pour que je pusse passer l'anneau de liége sous elle, sans que la continuité de la peau eût été pour cela interrompue sur un trop grand espace. La peau fut alors fixée sur le liége au moyen d'aiguilles ; puis la friction avec la pommade ayant été faite, la peau fut coupée tout autour à une certaine distance et fixée comme nous l'avons dit sur la lame de verre. Les résultats, je peux le dire de suite, n'ont pas notablement différé de ceux des autres expériences.

Je procédai aussi, de la manière que je viens de dire pour les lapins, sur des lambeaux de peau humaine, pris sur des cadavres d'enfants aussi frais que possible.

Digitized by Google

Dans un cas (Exp. XLI, sur un lapin), la pommade d'amidon fut mélangée de carmin.

Pendant toute la durée de l'expérience, on remarque constamment que des globules d'air et du liquide s'amassaient à la surface inférieure de la peau, et que la lame de verre se couvrait de gouttes d'eau.

L'examen des lambeaux de peau qui avaient été soumis à la friction a fourni les résultats suivants :

Dans les préparations obtenues par arrachement (épluchage) des muscles, du tissu cellulaire sous-cutané et du derme, il y avait une quantité considérable de graisse à l'état de division fine, en gouttelettes isolées, de volume variable. Au milieu de ces gouttelettes de graisse se trouvaient çà et là des grains d'amidon, soit isolés, soit réunis en grumeaux, presque exclusivement de la plus petite espèce, qui se colorèrent en violet en présence de l'iodure de potassium ioduré. Quelques-uns étaient ronds, d'autres, et principalement ceux qui étaient réunis en paquets, avaient une forme anguleuse, de sorte que, si l'on n'avait apporté un soin extrême dans leur examen, on aurait pu facilement les confondre avec des grains de poussière ou de pigment. Les grains d'amidon se trouvaient aussi bien dans le tissu même qu'à la surface libre de la peau ; mais ils étaient spécialement nombreux dans les points où il y avait aussi une grande quantité de graisse libre.

La quantité des grains d'amidon était beaucoup plus considérable dans la peau des lapins que dans la peau humaine.

Dans le cas où la pommade d'amidon avait été mélangée de carmin, celui-ci se reconnaissait distinctement au milieu des globules de graisse et des grains d'amidon sous forme de petits grumeaux rouges irréguliers.

Après avoir examiné la peau comme nous venons de le dire, on la nettoyait avec du savon, on la faisait durcir dans

Digitized by Google

l'alcool, puis on en prenait des tranches que l'on coupait en promenant le couteau du tissu cellulaire vers l'épiderme.

J'ai toujours trouvé les granules d'amidon déposés en masses épaisses sur la face supérieure de l'épiderme. Dans l'intérieur de l'épiderme ils ne pénétraient que sur une petite bande, aussi large que l'amas des grains d'amidon était épais; en général ils ne dépassaient pas la couche cornée propre de l'épiderme, rarement allaient-ils jusqu'aux couches les plus profondes des cellules de Malpighi; plus bas que cela on ne trouvait qu'exceptionnellement de petits amas de grains d'amidon, mais le plus souvent ce n'étaient que des petits grains isolés, entourés de cellules graisseuses, ou bien placés dessus ou dessous ces mêmes cellules, peut-être même enfermés dans ces cellules. Ces globules de graisse et d'amidon isolés se retrouvaient dans la totalité du tissu de la peau en quantité plus ou moins grande, mais toujours on en rencontrait infiniment plus chez les lapins que dans la peau humaine. Dans les conduits excréteurs des glandes sébacées et dans les follicules pileux, je n'ai trouvé aucun grain d'amidon, excepté à leur orifice; il n'y en avait pas davantage dans les canalicules des glandes sudoripares, non plus que dans le corps de ces glandes.

En présence de la malpropreté qu'il est toujours fort difficile d'éviter, j'ajouterai qu'il ne faut guère tenir compte des résultats fournis par l'examen de ces coupes pratiquées sur la peau, qu'en tant qu'il avait pour but de confirmer les résultats qu'avaient donnés les préparations obtenues par arrachement.

Toujours est-il que cette VIIe série d'expériences nous a appris que la graisse finement divisée peut, ainsi que les grains d'amidon et les matières colorantes non dissoutes (carmin), pénétrer l'épiderme, quand ces substances sont employées sous forme de pommades dont on frotte la peau; et de plus, que pour arriver à ce résultat, une friction d'un

Digitized by Google

quart d'heure suffit aussi bien pour la peau du lapin que pour la peau humaine.

Mais ce que ces expériences ont démontré surtout, c'est que la couche cornée de l'épiderme oppose à la pénétration des substances non dissoutes un obstacle qui ne peut être vaincu que par une pression puissante, obstacle d'autant plus difficile à franchir, que la couche cornée est plus épaisse et plus compacte. Enfin l'adjonction de la graisse semble avoir une influence très-grande sur la pénétration des corps solides à travers l'épiderme, comme cela a déjà été démontré plus haut pour la résorption ultérieure.

Si nous résumons les résultats de toutes les expériences que nous avons décrites dans ce travail, elles nous ont appris que chez les mammifères des corps non dissous et à forme persistante (grains d'amidon) peuvent passer:

1° De la cavité abdominale,

2° Du tissu cellulaire sous-cutané, dans la circulation, et arriver non-seulement dans la circulation pulmonaire, mais encore, à travers celle-ci, jusque dans la circulation générale;

3° Que ces corps, pour pénétrer dans les veines, traversent le système des vaisseaux lympathiques (Sont-ils exclusivement absorbés par cette voie? C'est ce qui n'est pas établi jusqu'ici);

4° Que l'épiderme constitue toujours un obstacle considérable, mais seulement relatif et non pas absolu, à l'absorption par la surface de la peau;

5° Que la résorption est toujours essentiellement favorisée par l'adjonction de la graisse qui elle-même passe encore plus facilement que l'amidon, et par la même voie que celui-ci, dans la circulation.

Enfin on peut avancer non sans quelque fondement, bien que cela ne soit pas exactement démontré, que tout ce que nous venons de dire à propos de l'amidon, et qui s'applique

Digitized by Google

encore mieux à la graisse, peut également se dire de toute substance non dissoute, qui serait plus susceptible de se diviser finement et par conséquent conserverait sa forme d'une façon moins constante que l'amidon. Cette supposition n'est nullement contredite par les résultats que m'ont fournis mes expériences faites par frictions avec la pommade mercurielle.

Quelle sera dans l'avenir l'influence des faits que nous venons d'énoncer sur les recherches en physiologie, en pathologie et en pharmaco-dynamique ? C'est ce que nous apprendront les travaux ultérieurs sur ce même sujet.

(Archiv. für Dermatologie und Syphilis.)

Digitized by Google

ÉTUDES ET OBSERVATIONS SUR LA SYPHILIS INFANTILE ET SUR UNE FORME SUSPECTE DE SYPHILIS CHEZ LES ENFANTS A LA MAMELLE

Par le Dr **GAÉTANO CASATI**

Médecin en chef de l'hôpital des enfants exposés et des femmes en couches de Milan

Traduit de l'italien par le Dr **Daniel MOLLIÈRE**
Chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de Lyon

(Extrait des *Annali universali di medicina.*)

(SUITE.)

Au reste, ce n'est pas seulement ce signe, mais tous les autres, qui ont manqué à ces enfants, nés de mères certainement syphilitiques.

2° Que j'ai observé cette pustule chez des enfants nés de mères saines et qui avaient été allaités par des nourrices portant au mamelon des excoriations raghades ou ulcérations simples, non syphilitiques, cédant rapidement à des moyens locaux sans action sur la syphilis, et ces enfants n'ont ultérieurement présenté aucun symptôme spécifique. Dans l'automne de 1866, j'ai pu observer une véritable épidémie d'excoriations, gerçures ou ulcérations du mamelon chez les nourrices de mon hôpital. Au bout d'un certain temps, un très-grand nombre des enfants qui tetaient ces femmes présentèrent la pustule sur le palais et sur la langue, plus rarement à la vérité. Aucune de ces femmes, cependant, ne présenta ultérieurement des symptômes de syphilis, aucune n'en avait présenté antérieure-

Digitized by Google

ment; au reste, la lésion du mamelon ne ressemblait en rien à l'ulcéro-raghade spécifique si bien décrite par Ricord dans sa syphilis par allaitement.

3° Que je l'ai constatée chez un enfant dont la mère n'était point syphilitique, car je l'ai observée avant et après son accouchement, sans pouvoir rien trouver qui permît de la considérer comme telle, alors qu'elle affirmait, et, tout porte à le croire, avec véracité, que le père, que je n'ai pu voir, était parfaitement sain.

4° Que les résultats de l'autopsie de ces enfants ne m'ont jamais permis de constater les lésions internes que l'on trouve presque toujours chez les syphilitiques. A cette objection, on pourra joindre la suivante : Que faites-vous de la doctrine du célèbre anatomo-pathologiste allemand suivant lequel les lésions syphilitiques viscérales précèdent toujours les lésions cutanées dans la syphilis héréditaire? Je ne puis admettre cette opinion, qui me semble par trop hasardée, d'autant plus que mes recherches m'ont conduit à un tout autre résultat. Souvent, en effet, j'ai pu voir avec des lésions externes presque nulles des lésions viscérales considérables, et *vice versa*.

Ne pourrait-on pas penser, comme je l'ai déjà dit, que cette pustule est une première, une très-légère manifestation de la syphilis, apparaissant avant que les organes internes aient eu le temps d'être attaqués par la maladie? Ainsi donc, comme j'ai observé plusieurs fois cette lésion chez des enfants de mères indemnes, qui avaient teté des mamelons ulcérés, je crois devoir faire quelques restrictions au sujet de ma première opinion et suspendre mon jugement en face de la multiplicité des faits. Cette pustule peut donc, au moins dans quelques cas, reconnaître pour cause l'irritation que produit dans la bouche un mamelon malade. Cette irritation persistante amènerait une sorte d'inflammation qui ne serait autre que notre pustule. On la

Digitized by Google

voit, en effet, dans quelques cas, se recouvrir, au début, d'une légère exsudation croupale, blanchâtre. Et cependant je l'ai pu voir tout à fait identique chez des enfants auxquels on n'avait jamais présenté que des mamelons parfaitement sains.

Quant à la transmissibilité, à la contagiosité de cette pustule, je crois qu'on peut l'admettre d'une manière absolue, et cela pour plusieurs raisons. Je l'ai vue, en effet, chez plusieurs enfants nourris par le même sein, et non-seulement chez deux ensemble, mais chez deux nourrissons l'un après l'autre, et même chez des nouveau-nés qui s'étaient servis du même biberon.

Il nous reste maintenant à voir quelle est la véritable nature de cette pustule. Est-elle congénitale, est-elle contractée par l'enfant à son passage à travers le conduit vulvo-vaginal, ou bien est-ce pendant l'allaitement, par l'usage d'un biberon, d'une cuiller, etc. ? La question devient ici plus difficile, et grande est notre incertitude, car nous pouvons apporter des preuves à l'appui de tous ces divers modes étiologiques.

Examinons donc de plus près la question. Nous pourrions, en effet, en éclairant son étiologie, arriver à la solution certaine du problème. Nous avons exposé tous les doutes, toutes les incertitudes qui l'entourent, car, en somme, c'est le meilleur moyen d'y apporter quelque lumière. C'est du doute, en effet, que naît la vérité. Dans notre science, en effet, si, entraînés par des idées préconçues, nous affirmons à tort comme un dogme absolu des faits encore à démontrer, nous suscitons les traits que sait lancer la main sûre de l'observateur scrupuleux.

(*La suite au prochain numéro.*)

Digitized by Google

Séance du 24 septembre 1872.

Présidence de M. Desgranges, vice-président.

DU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

A l'ouverture de la séance, M. de Méric (de Londres), traitant l'un après l'autre tous les points énoncés dans le commentaire explicatif qui était annexé à la question inscrite au programme, expose en dix aphorismes clairs et succincts, accompagnés de développements sobres mais instructifs, son opinion qui est entièrement favorable au traitement mercuriel, à toutes les phases et pour tous les degrés d'intensité de la syphilis.

M. Diday n'aborde qu'une question restreinte, celle du traitement dit *préventif*. Au malade qui n'a encore qu'un chancre, faut-il donner ou ne pas donner du mercure? Après l'exposé des considérations théoriques des autorités, des raisons morales qui plaident pour l'un et l'autre parti, et dont l'effet opposé se balance à peu près exactement, il rapporte une statistique récemment dressée par lui sur 74 syphilitiques, ses clients. Sur ce nombre, 49 n'avaient pas pris de mercure pendant leur chancre; 25 en avaient pris. Eh bien! les symptômes secondaires ont, à la vérité,

Digitized by Google

éclaté 6 jours plus tard dans la deuxième série que dans la première. Mais, chose singulière, chez les sujets non mercurialisés au début, les syphilis faibles ont été de 34 0/0 et les fortes de 10 0/0, tandis que chez ceux qui avaient pris du mercure pendant le chancre, le nombre proportionnel des syphilis faibles n'a été que de 24 0/0 et celui des véroles fortes a été de 20 0/0.

M. Pacchiotti (de Turin) préconise les frictions mercurielles, moyen trop négligé de notre temps, et justifie par des preuves de divers ordres la préférence qu'il leur accorde dans un grand nombre de cas. Il termine par un hommage chaleureux rendu aux membres de l'école syphiligraphique francaise et surtout lyonnaise. Son langage coloré, son geste animé, son accent convaincu, entraînant, soulèvent les applaudissements répétés de tout l'auditoire, au sein duquel un frémissement sympathique se prolonge à la suite de cette brillante improvisation.

M. Clerc (de Paris), montant à la tribune au milieu de l'attention générale, proclame sa confiance absolue dans le traitement par le mercure. Il s'est, lui, inoculé accidentellement la syphilis; et il en a pris. Le mercure, spécifique contre une maladie spécifique, est vraiment un don de la Providence. Pourquoi, seul de tous les spécifiques, est-il à l'index dans l'opinion publique?

« — Mais, dit-on, il ne guérit pas toujours ! » M. Clerc indique quelques causes de ces insuccès.

Ils tiennent : A) à ce qu'on donne parfois ce remède, par erreur de diagnostic, contre des lésions non syphilitiques ; B) à des doses insuffisantes; les cas cités par M. Diday, dans sa statistique, sont peut-être passibles de cette objection ; il ne faut pas craindre d'aller jusqu'à une stomatite légère ; C) à un mode défectueux d'administration. Une malade ne guérissant pas, quoiqu'elle prît une dose convenable de liqueur de Van Swieten, M. Clerc découvrit qu'elle

Digitized by Google

mesurait son remède dans une *cuillère en fer;* D) à certains états de l'organisme, pléthore ou anémie; E) au défaut d'exercice, cause très-commune à Paris, qui diminue l'hématose, et dont la condition opposée, la vie des champs, opère quelquefois, à elle seule, des guérisons inattendues. Les ouvriers qui travaillent le mercure ont reconnu, par expérience, que c'est là le seul moyen de combattre avantageusement l'intoxication hydrargyrique industrielle; F) à la vie de débauche, à l'alcoolisme, à l'usage excessif du tabac ; G) enfin à l'abus du régime tonique que, en vue d'éviter l'excès opposé, on porte quelquefois beaucoup trop loin, aujourd'hui.

La grande objection, continue M. Clerc, c'est que, quand nous donnons du mercure, nous savons bien quand il entre, nous ne savons pas quand il sort. Incontestablement, on en a trouvé, à l'autopsie, dans les organes. Mais ceci est une question de dose, et de forme aussi ; les frictions exposent davantage à cette accumulation, à cette rétention du métal, car avec ce mode d'emploi, il est impossible de savoir au juste la quantité qui est absorbée. J'ai vu des accidents cérébraux, des convulsions mortelles survenir dans de telles conditions. Des complications néphritiques, albumimuriques sont également la conséquence possible de cette médication.

La question, pour moi, se pose ainsi : Voilà une syphilis qui débute ; je sais quelle en sera l'évolution, et j'ai en mains un spécifique. Dois-je le donner? Oui, sans doute, et dès le début, parce que dès le chancre, la vérole existe. Plus je vais, plus je suis convaincu. J'ai même l'habitude de diviser mes malades en deux classes : ceux qui ont pris d'emblée du mercure, et ceux qui n'en ont pris qu'au bout de cinq ou six mois. Eh bien ! chez les premiers, les manifestations, si elles ne sont pas arrêtées, au moins apparaissent plus bénignes, tandis que les seconds sont tou-

Digitized by Google

jours plus fortement et plus durablement atteints. Je suis donc partisan du mercure, et je ne doute pas qu'il n'y ait bientôt une réaction en sa faveur, contre l'iodure de potassium dont l'emploi sera restreint aux seuls cas bien déterminés qui en motivent l'usage.

M. Clerc termine en faisant remarquer que, parmi les indications incontestées du mercure, on ne peut se refuser à placer son pouvoir de permettre de procréer des enfants sains. Là, l'action du mercure est indispensable.

M. Diday (1) avertit qu'il n'est pas un de ces novateurs exclusifs qui peuvent espérer de passionner un auditoire ; car il donne lui-même du mercure, mais n'en donne que quand il le juge nécessaire. M. Clerc en a pris ! Il a bien fait ; et si M. Diday devenait syphilitique, il en prendrait aussi, parce que, comme M. Clerc, il n'est plus à l'âge où l'on peut compter sur les forces de la nature pour éliminer le virus. — Défendant sa statistique contre l'objection que ceux des malades qui ont eu une vérole forte après avoir pris du mercure pendant le chancre, n'en avaient pas pris assez, M. Diday remarque que, en admettant cette insuffisance de doses, cela n'expliquerait pas pourquoi ces malades-là auraient été atteints plus fortement que ceux qui, au lieu d'avoir pris *peu* de mercure pendant le chancre, n'en avaient *pas* pris *du tout*. Et encore, y a-t-il eu insuffisance ? Non, ses 5 malades qui, ayant été mercurialisés au début, ont eu ensuite une vérole forte, avaient fait un traitement, à bonnes doses, de 25 à 30 et 40 jours, commencé le sixième et huitième jour après le chancre et poussé chez l'un jusqu'à salivation. — Des causes propres à expliquer l'insuccès du mercure, énumérées par M. Clerc, il en est (insuffisance des doses, altération du médicament, pléthore) qui mentionnent en effet des obstacles à l'action

(1) Nous intervertissons à dessein l'ordre des discours de placer la réplique à côté de l'argumentation.

Digitized by Google

du mercure ; mais d'autres (anémie, alcoolisme, sédentarisme) n'ont trait qu'à des obstacles à la cure de la syphilis en général, et n'excusent en rien l'impuissance curative du mercure.

Cette impuissance est hautement prouvée par des exemples nombreux de récidives survenant après les traitements les plus prolongés, dirigés par les praticiens les plus expérimentés. M. Diday en lit quatre ou cinq choisis sur un grand nombre publiés dans son *Histoire naturelle de la syphilis*. Il insiste sur un fait où une récidive, d'intensité égale à la première poussée, éclata en plein traitement mercuriel commencé et régulièrement suivi depuis six semaines ; et il demande si cette incapacité à empêcher le retour du mal est le caractère d'un bon spécifique ? Il prie aussi qu'on tienne compte des cas multipliés de syphilis guérie sans mercure, dont son ouvrage (déjà cité) contient dix-huit exemples détaillés. Il affirme enfin qu'on trouve, et en nombre égal, des véroles faibles et des véroles fortes chez les sujets mercurialisés et chez les non mercurialisés ; et termine en reconnaissant, toutefois, le pouvoir et l'indication du mercure pour guérir *l'aptitude à procréer des enfants infectés*, état qui, parfois, persiste longtemps après que tout accident apparent a cessé de se montrer.

M. *Armand Desprez* (de Paris) envoie une note succincte contenant l'énoncé de ses convictions bien connues sur l'inutilité absolue et la nocuité du mercure dans la syphilis.

M. *Martin-Laplagne* (de Paris) a également communiqué une note où est exprimée, sur les indications du mercure dans la syphilis, une manière de voir qui se rapproche à beaucoup d'égards de l'opinion éclectique professée par M. Diday.

La séance du soir commence par la lecture d'une note de M. *Drysdale* de Londres, dans laquelle ce praticien distingué, auteur d'un ouvrage sur les maladies vénériennes,

Digitized by Google

justifie son hostilité contre le mercure, sans lequel, dit-il, on peut parfaitement guérir tous les cas de syphilis.

M. *A. Dron* lit un travail sur les injections hypodermiques contre la syphilis. Dans près de quarante cas qu'il a ainsi traités à l'hospice de l'Antiquaille, il a, en général, observé une action qui n'avait rien de supérieur à l'effet des autres moyens, plus commodes, d'ingestion du médicament, quelquefois une inefficacité qui l'a forcé de recourir à d'autres méthodes thérapeutiques. Avec la manière d'opérer et les précautions judicieuses dont il ne s'est jamais départi, il n'a pas eu d'accidents à proprement parler. Cependant plusieurs malades ont éprouvé des douleurs telles qu'ils ont refusé de se soumettre à d'autres ponctions, et que le traitement hypodermique a dû, chez neuf d'entre eux, être suspendu, avant d'être arrivé à la dixième ponction. — Quelques malades, néanmoins, doivent à ce traitement une amélioration remarquablement prompte; tel a été un sujet, atteint d'une éruption papulo-pustuleuse, dont M. Dron cite l'intéressante observation. Ce sont de tels exemples, sans doute, qui ont fait la fortune de la méthode. Mais on aurait tort de compter sur elle pour la généralité des cas, et si les injections doivent être conservées comme ressource précieuse dans des circonstances rares, on aurait tort de s'obstiner à les ériger en méthode thérapeutique aspirant à remplacer toutes les autres.

M. *Gailleton*, rentrant dans la discussion générale soulevée à la séance du matin, dit : La syphilis est essentiellement une maladie à poussées successives obligatoires, chose qu'on ignorait autrefois, et que M. Diday a, le premier, mise en lumière. Le mercure ne guérit pas la syphilis; mais, mieux qu'aucun autre agent, il fait disparaître certains accidents. D'après ces données, le mercure ne peut passer pour préventif. M. Gailleton n'a pas vu un seul malade mer-

Digitized by Google

curialisé pendant son chancre être ensuite exempt d'accidents secondaires ; donc il est contre-indiqué à cette période, si ce n'est contre quelques fortes indurations. Quand les accidents secondaires arrivent, il donne le mercure, et cela dans tous les cas, afin d'empêcher, autant que possible, la provenance ultérieure d'autres accidents. Il le continue dix jours environ après que les accidents ont disparu. Il ne le donne pas en vue d'éviter la procréation d'enfants syphilitiques ; car si le sujet a des accidents, refusez le mariage ; s'il n'en a pas, traitez-le, de façon à lui révéler son avenir, par les eaux minérales. Le mercure n'a aucune influence sur les accidents tertiaires, mais il n'en rend pas moins un service considérable, en débarrassant plus promptement le malade de la traînée des poussées successives.

M. *Clerc*. J'ai la profonde conviction, Messieurs, que si quelqu'un d'entre vous avait un chancre, il ferait immédiatement le traitement mercuriel. Ricord persiste depuis 40 ans à le faire : c'est là un argument qui a bien sa valeur. Je le donne aussi dès le début et j'ai toujours vu les malades qui en ont pris être moins fortement atteints. A l'époque de l'éclosion secondaire, j'augmente la dose. A propos des syphilis faibles et fortes, il faut remarquer qu'une syphilis qui a été légère au début offre souvent ensuite des éruptions fortes. Je persiste donc dans mon sentiment à l'égard du mercure, car M. Gailleton, lui-même a reconnu que ceux qui en prennent ont moins de récidives que ceux qui n'en ont pas pris. Le mercure, selon moi, s'attaque à la cause même du mal, qui est dans le sang. J'ai observé que ceux qui ont fait un traitement mercuriel et ont encore des symptômes au moment où ils procréent peuvent avoir des enfants sains, tandis que ceux qui n'ont pas fait de traitement ont quelquefois des enfants malades lors même que, lors de la procréation, ils n'avaient point d'accidents.

M. *Rodet*, au début de sa pratique, donnait le mercure

Digitized by Google

à tous les chancres, mais il fut étonné de voir ensuite des poussées ; il changea de méthode et vit qu'il y avait aussi des poussées. En voulant étudier de plus près, il donna de nouveau du mercure pendant le chancre et il n'a, depuis lors, jamais changé de pratique. Il a vu les accidents disparaître avec une grande rapidité en ayant soin de changer, au bout de 5 ou 6 semaines, la préparation mercurielle, l'organisme étant vierge à ce nouvel agent. Donc pour bien guérir, il faut user d'abord d'un sel en augmentant progressivement la dose, puis, au bout d'un certain temps d'emploi de celui-ci, changer l'agent médicamenteux. M. Rodet commence par le bichlorure, puis il continue par le protoiodure et au bout de quelque temps, s'étant élevé à une certaine dose, il continue en diminuant le protoiodure, en même temps qu'il donne l'iodure de potassium à doses progressives ; la progression en général étant nécessaire pour neutraliser l'habitude. Il demande pour un traitement de 4 mois et demi à 5 mois et quelquefois davantage. Mais, dit-on, on a des récidives. Alors que faut-il faire ? Je pense alors, dit-il, que le traitement, qui avait été employé *pour guérir*, n'a pas été suffisant et je le recommence en le faisant à plus fortes doses et plus longtemps. Il cite un malade à qui, pour une récidive, il donna pendant 6 mois des remèdes à plus haute dose que la première fois et qui depuis 10 ans est complétement guéri. Aux vieillards il donne à très-petites doses, mais pendant longtemps le cyanure de mercure; pour les tertiaires l'iodure à doses faibles puis lentement progressives. Avec le traitement ainsi combiné, M. Rodet ne borne pas sa prétention à combattre chaque manifestation, il croit que, en agissant de cette façon, on peut guérir la diathèse.

M. *Diday* trouve que 4 mois et demi pour le premier traitement, plus 6 mois pour le traitement de la récidive, tout en y ajoutant les 6 semaines de l'incubation secon-

Digitized by Google

daire, constituent un laps de temps à bien peu de chose près égal à celui que la syphilis demande pour guérir spontanément. Il cite, d'après son livre, un malade qui, ayant suivi le traitement d'après les conseils de M. Rodet, et aussi longtemps que M. Rodet l'avait voulu, eut néanmoins plusieurs récidives, entre autres, finalement, une périostose de l'humérus.

M. *de Méric*. Je ne sais pas si par sa statistique M. Diday ne m'a pas un peu ébranlé ; mais je me sens, d'autre part, encouragé à persister dans ma manière de voir par le travail si consciencieux de M. Rodet ; j'espère qu'on finira par s'entendre et que nous ne donnerons pas plus longtemps aux profanes le mauvais exemple d'une dissidence irrémédiable.

Je ne veux à présent qu'insister sur l'importance qu'il y a à promptement guérir le chancre induré, qui par ses propriétés contagieuses est une peste pour la société. Autre question pressante : Vous voilà en face d'une femme enceinte et vous avez à craindre que le fœtus ne soit contaminé ; on nous offre un moyen très-simple, qui ne fait aucun mal à la mère et peut sauver l'enfant, et vous hésiteriez ! Un homme syphilitique se marie, indemne d'accidents, il a des squames, je lui continuai le traitement mercurialisé, je ne le poussai peut-être pas aussi loin que M. Rodet, mais enfin les accidents se dissipèrent ; eh bien ! il eut 6 enfants sains et sa femme ne contracta rien. Eh quoi, anti-mercurialistes, vous vous jouez de l'intégrité d'un organe aussi précieux que l'œil, en refusant le mercure quand il est atteint de syphilis ! Il importe, je le répète, qu'on s'entende ; pour moi, Messieurs, je ne suis rien moins qu'opiniâtre et me voilà prêt à toute concession raisonnable.

M. *Clément* rappelle que, d'après feu le docteur Kuss, de Strasbourg, ni le mercure ni l'iodure ne sont des spéci-

Digitized by Google

fiques de la vérole. Rechercher des spécifiques, dit-il, n'est point conforme à la science. Un médicament n'est autre chose qu'un agent qui par l'intermédiaire de la circulation va se fixer sur tels ou tels éléments anatomiques ; remarquez que les récidives successives vont souvent en s'aggravant, ce qui ne serait pas si le mercure avait agi spécifiquement. Ce qui prouve encore qu'il n'est pas un spécifique, c'est qu'il n'agit pas contre les accidents tertiaires et cependant c'est le même poison qui a produit les uns et les autres; même remarque, quoique en sens inverse, pour l'iodure qui, lui, ne guérit pas les accidents secondaires. M. Kuss divise les accidents en manifestations épithéliales (accidents secondaires) et manifestations du tissu conjonctif (accidents tertiaires).

Par son mode d'élimination, le mercure, grâce à ses seules propriétés de se localiser dans certains tissus, agit sur les manifestations cutanées et muqueuses.

Quand plus tard ce sont des lésions tertiaires il faut nous adresser à un agent qui a un autre mode de localisation, à l'iodure de potassium qui, s'éliminant par le tissu conjonctif et les glandes, opère efficacement ; ce sont donc des agents héroïques mais non des spécifiques.

Ainsi a fini cette discussion en deux séances qui, par la compétence des orateurs, le ton de parfaite courtoisie et le caractère exclusivement pratique des arguments, l'affluence et l'attention soutenue des auditeurs au nombre de 3 ou 400, laissera de longs souvenirs et portera, nous n'en doutons pas, des fruits nutritifs autant qu'ils ont paru savoureux.

Digitized by Google

TABLE

DES MATIÈRES DU TOME TROISIÈME

1872

A

Alopécie (De l'), de l'onyxis et du périonyxis, par A. Fournier..... 12- 102
Anosmie syphilitique, par D. Mollière..... 74
Affections cutanées simulées..... 307
Amblyopies et amauroses syphilitiques (Études sur les)..... 308
Affections cutanées nerveuses, analyse par D. Mollière..... 333
Atrophie aiguë du foie compliquant le début de la syphilis.... 383
Adénopathies syphilitiques (Études cliniques des)..... 392
Altérations syphilitiques de l'encéphale..... 399
Affections de la peau (Rapports des) avec les affections des autres systèmes..... 401

B

Blennorrhagie (Traitement de la) par des bougies de tannin et de glycérine, par Shuster..... 68
Bubon (Du) mixte, par P. Diday..... 81
Béthencourt (Jacques de). Nouveau Carême de pénitence, analyse par A. Doyon..... 301
Blennorrhagie (Cas de guérison spontanée de la)..... 310
Blennorrhagique (Inflammation) du cordon spermatique sans orchite..... 311

Digitized by Google

C

Corpuscules de Lostorfer..... 225
Chancre syphilitique (Diagnostic général du), par A. Fournier.. 229
Congrés médical de Lyon..... 238- 465
Carême (Nouveau) de pénitence et purgatoire d'expiation, analyse par A. Doyon..... 301
Cutanées (De quelques affections)..... 307

D

Dartre (De la), par Charpy..... 94- 145
Dactylite syphilitique (De la), analyse par Curtis..... 114

E

Étude sur la classification des syphilides, analyse par P. Diday 47
Exanthèmes aigus (Traitement des) par la ventilation continue. 66
Érysthème noueux. Rapports pathogéniques avec le rhumatisme, par Siredey..... 241
Étude sur les amblyopies et les amauroses syphilitiques..... 308
Études et observations sur la syphilis infantile, par Casati, traduit par D. Mollière..... 290-367 463
Études cliniques sur les adénopathies syphilitiques..... 392
Étude critique sur l'induration secondaire, par P. Diday..... 422

F

Formule de la décoction de Pollini..... 67
Fièvre (De la) syphilitique, analyse par H. Gripat..... 214
Favus (Observation de) simulant un pityriasis du cuir chevelu, par E. Spillmann..... 347

Digitized by Google

G

Gale transmise d'un chat à l'homme..... 66
Guérison spontanée (Cas de) de la blennorrhagie..... 310
Glandes sudoripares (Pathologie des)..... 385

H

Hôpital Saint-Louis (Causerie sur l'), par L. Guérard..... 53
Herpès (Cas d') contagieux..... 141
Herpès (De l') généralisé fébrile, par H. Coutagne..... 162
Herpès (De l') zoster ou ophthalmique, ou zona de la face..... 224
Hydropisie rénale syphilitique..... 383
Index bibliographique..... 79-144- 316

I

Indurations (Des) secondaires et des transformations du chancre, par A. Fournier..... 255
Inflammation blennorrhagique du cordon spermatique sans orchite..... 311
Iode (Emploi de l') dans le traitement des maladies syphilitiques, par Guillemin..... 339
Induration secondaire (Étude critique sur l'), par P. Diday.... 422

L

Lostorfer (Corpuscules de)..... 226
Laryngite (De la) syphilitique, analyse par Cartaz..... 440

O

Onyxis (De l'), par Smith..... 140

Digitized by Google

Organes (Des) génitaux externes chez les prostituées, par Charpy 271
Ongles (Quelques affections des)..... 305

P

Peau (La) des nègres..... 64
Psoriasis guéri par le maïs altéré..... 65
Pollini (Formule de la décoction de)..... 67
Phagédénisme (Traitement du) des chancres par le camphre en poudre, par Baudoin..... 72
Parasites dans le prurigo senilis..... 142
Parasitaire (Maladie) produite par la larve de l'*œstrus bovis*.... 143
Périonyxis ulcéreux (Traitement du), par P. Diday..... 182
Prostitution en Espagne. Prophylaxie de la syphilis par Cambas (traduit par E. Bertherand)..... 188
Psoriasis guéri par le courant galvanique..... 237
Paralysie labio-glosso-laryngée de nature probablement syphilitique..... 384
Pathologie (Sur la) des glandes sudoripares..... 385

R

Résorption (Sur la) des matières non dissoutes chez les mammifères, par H. Auspitz..... 124-219-280-360- 445
Rapports pathogéniques de l'érythème noueux avec le rhumatisme, par Siredey..... 241
Rapports des affections de la peau entre elles avec les affections des autres systèmes, par Bazin..... 401

S

Syphilis congénitale (Observations de), par D. Mollière..... 27
Syphilides (Étude sur la classification des), analyse par P. Diday 47
Syphilitiques (Les lésions) chez le vieillard peuvent simuler le cancer..... 63
Syphilitique (De la fièvre), analyse par H. Gripat..... 214

Digitized by Google

Syphilis infantile (Études et observations sur la), par Casati, traduit par D. Mollière..... 290-367- 462
Syphilitiques (V. Amblyopies)..... 301
Syphilis (Traitement de la) par les injections hypodermiques de sublimé corrosif..... 318
Sclerème des adultes, par Hillairet..... 321
Syphilis (La) constitutionnelle dans ses rapports avec les psychoses..... 380
Syphilitique (Hydropisie rénale)..... 383
Syphilitiques (Altérations) de l'encéphale..... 399
Syphilitique (Laryngite), analyse par Cartaz..... 440

T

Tricoptilose (Note sur la), affection des cheveux non décrite, par A. Devergie..... 5
Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de sublimé corrosif..... 312
Thèses..... 400

Z

Zona spontané suivant la direction du troisième nerf intercostal, etc., par L. Labbé..... 435

Clichy. — Imprimerie Paul Dupont et Cie, rue du Bac-d'Asnières, 12.

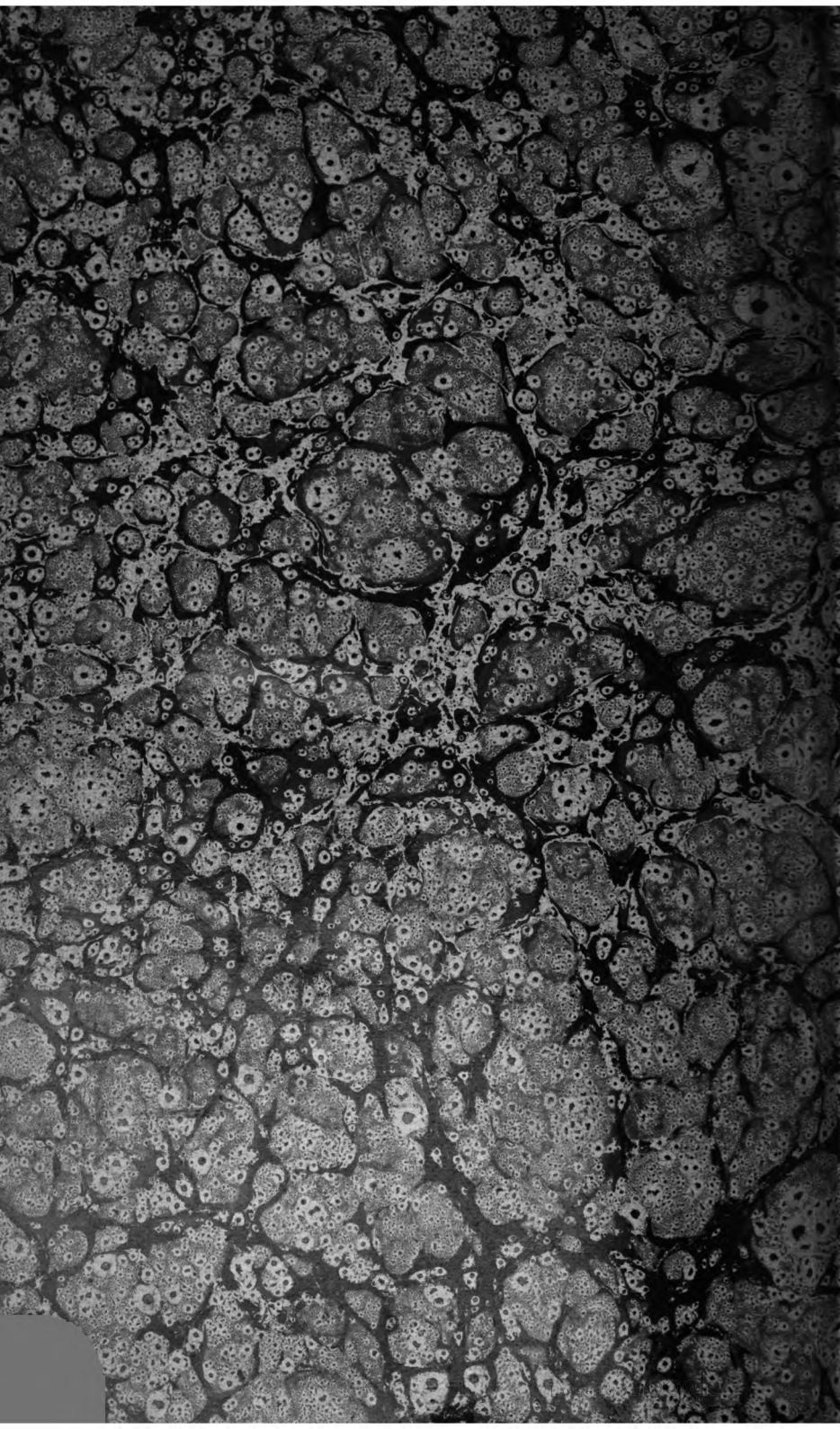
Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

41B
531+

Digitized by Google



Digitized by Google

3 2044 081 511 412

Digitized by Google